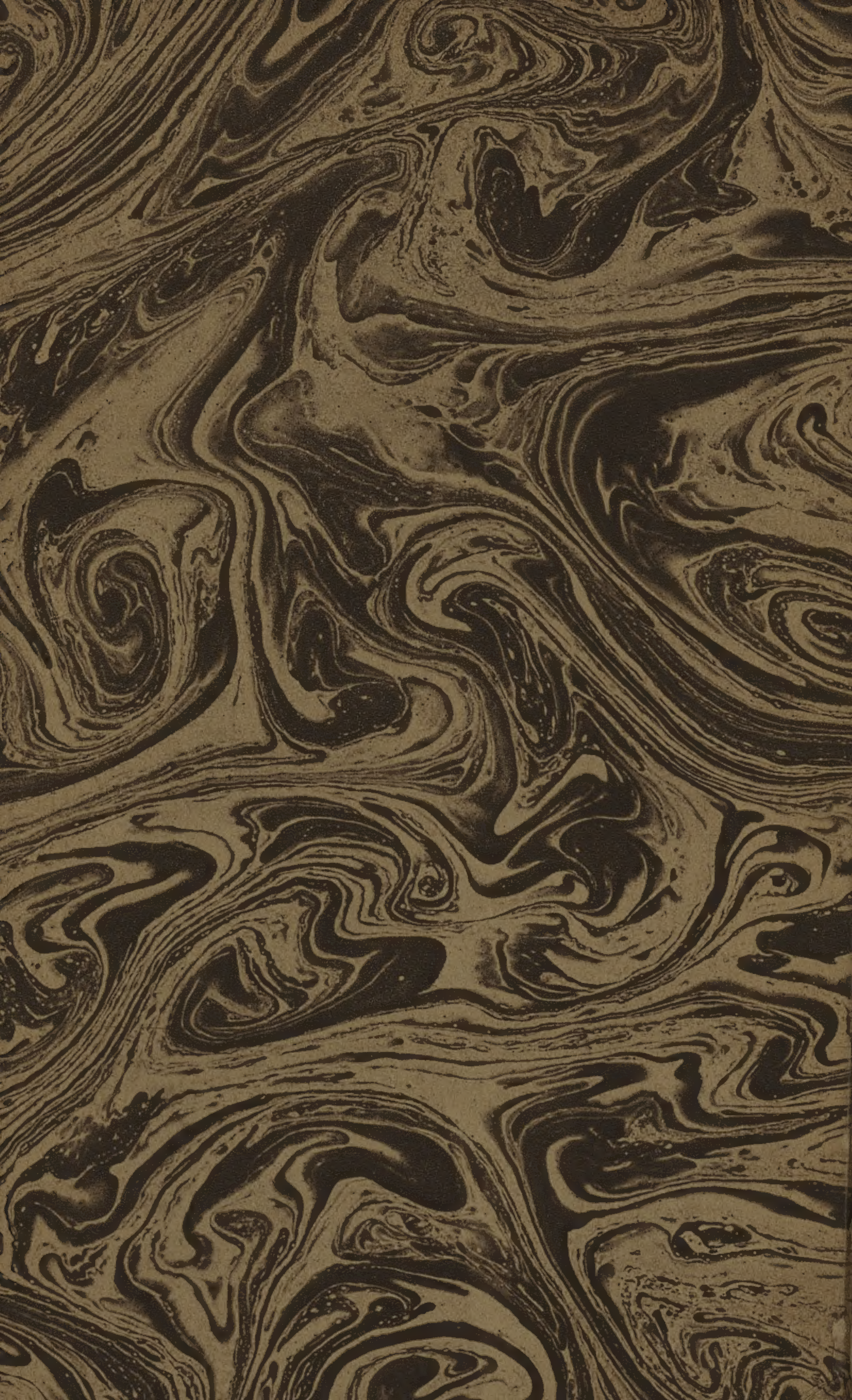
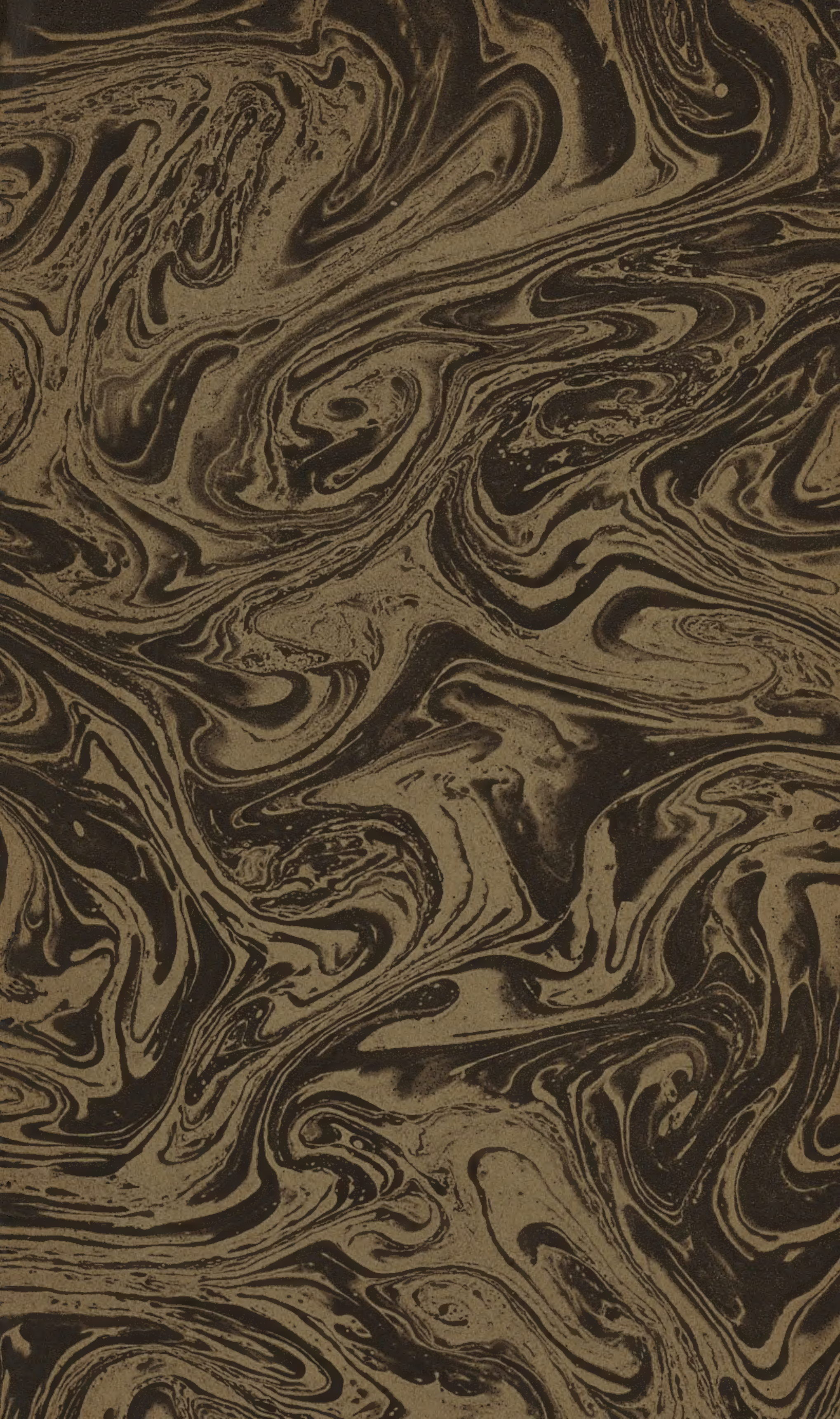




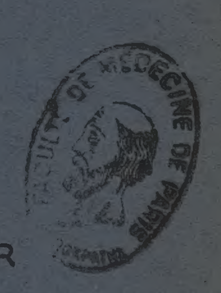
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF:
RENÉ CHARPENTIER



104e Année - T. I - N° 1
Janvier 1946

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS



*PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN*

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1946)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Colonies : 480 fr. ; Etranger : 580 fr.

Changement d'adresse : 5 fr.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS

Années 1843 à 1930 : Chaque année.................. **310** francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1844*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... **550** francs

Années 1931 à 1944 : Chaque année..................... **550** francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.................. **185** francs

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol................. **185** francs

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol................ **375** francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol......... **50** francs

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol................ **200** francs

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1946

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

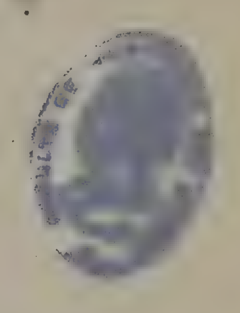
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER



104e ANNÉE — 1946
TOME PREMIER

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

*PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN*



TABLE DES MATIÈRES

104e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1946

MÉMOIRES ORIGINAUX

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pages

Séance du 26 février 1946

Séance du 11 mars 1946

Séance du 25 mars 1946

PREMIÈRE SÉANCE

DEUXIÈME SÉANCE

Séance du 8 avril 1946

Séance du 13 mai 1946

RÉUNIONS ET CONGRÈS

104e Assemblée de la Société suisse de psychiatrie

Berne et Munsingen, 13 et 14 octobre 1945

58e Assemblée de la Société suisse de neurologie

St-Gall, 1er-2 décembre 1945

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Société belge de neurologie

Société belge de neurologie et Société de pédiatrie

VARIÉTÉS

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la *Société médico-psychologique* et aux RAPPORTS du *Congrès des aliénistes et neurologistes.*

B

C

F

G

H

K

L

M

P

R

T

U

V

W

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

B

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la *Société médico-psychologique* et aux RAPPORTS du *Congrès des aliénistes et neurologistes*.

C

D

E

F

G

S

T

TOME I. — N° 1 JANVIER 1946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES ÉPILEPSIES PROGRESSIVES

PAR

L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA

L'épilepsie se caractérise par son polymorphisme, par ses caractères variables d'un sujet à l'autre, par les allures différentes de son évolution suivant les individus. Lorsque la première crise fait son apparition, il est le plus souvent impossible d'émettre un pronostic sur l'avenir du syndrome. Il existe des cas de crise épileptique typique unique ne se renouvelant pas par la suite. Nous connaissons des cas de crise isolée apparue à la suite d'une simple prise de sang, d'une hémorragie abondante, d'une injection de sérum, d'une injection intra-veineuse de calcium, d'une simple intervention pour papillome de la main. Certains traumatismes cranio-cérébraux à la phase aiguë de la blessure peuvent présenter quelques crises passagères sans conséquences ultérieuses. Wilson cite le cas d'une personne qui ne présenta que deux crises, l'une à l'époque de la puberté, l'autre à celle de la ménopause.

Le plus souvent, la fréquence et le rythme sont variables, irréguliers, capricieux. On a décrit des formes intermittentes à évolution cyclique, oscillantes, cette terminologie indiquant simplement le polymorphisme de l'évolution. Dans l'épilepsie du jeune âge, les accès se suspendent parfois spontanément entre 7 et 11 ans après s'être reproduits plusieurs fois (Le Duigou) ; un même intervalle

de guérison apparente s'observe souvent entre 20 et 25 ans. Ce fait explique en partie les résultats thérapeutiques, d'apparence excellente mais souvent temporaires, appliqués empiriquement. Dans la pycnolepsie, les absences d'abord très fréquentes disparaissent souvent à la puberté, mais le pronostic pour l'avenir reste réservé, car fréquemment les accidents épileptiques, sous la forme convulsive, réapparaissent plus tard.

On a cherché à établir l'action de certaines périodes physiologiques sur l'évolution de l'épilepsie, telles que la grossesse, la menstruation, la ménopause. Leurs actions se manifestent très différemment suivant les sujets ; chez les uns elles sont aggravantes ; chez les autres, sans effet ; chez la plupart, suspensives. Certains malades ont surtout des accès pendant le sommeil (type hypnique), d'autres pendant la veille (type vigile). Dans une statistique globale, les accès présentent deux maxima de fréquence, l'une après le coucher, l'autre au moment des réveils ; chez certains sujets ce rythme est particulièrement net. Les effets de ces causes déterminantes ne peuvent être appréciés que chez des sujets dont l'affection est stabilisée, chez lesquels l'épilepsie a une marche chronique plus ou moins régulière et chez lesquels l'état mental reste stationnaire.

A côté de ces formes, qui sont les plus nombreuses, il en est d'autres qui se caractérisent par la gravité des accidents et les modifications du psychisme.

Ces formes évolutives ont été signalées par de nombreux auteurs qui ont cherché à établir certaines règles concernant leur pronostic. Les anciens admettaient, en général, que les absences et les vertiges, plutôt que les accès convulsifs, déterminaient la démence. Pour Delasiauve, l'épilepsie qui se reproduit par paroxysmes ou états de mal serait spécialement dangereuse. Féré considère que les grandes attaques sont plus graves que les accès incomplets, et les grandes attaques qui alternent avec des vertiges seraient d'un pronostic fâcheux. Pour Ardin Delteil, l'épilepsie psychique ou « convulsion mentale » serait plus dangereuse, plus destructive pour la cellule nerveuse pensante qu'elle use rapidement que la convulsion motrice. Il est impossible d'émettre une formule ayant une valeur générale, l'évolution dépendant non seulement de la cause étiologique, mais, comme nous le montrerons plus loin, de la lésion cérébrale, cause des accidents épileptiques, et de l'action des crises elles-mêmes sur l'encéphale.

Ce caractère évolutif peut se manifester aussi bien au cours des épilepsies du jeune âge que des épilepsies de l'adulte (Marchand, de Ajuriaguerra et Follin). Il y a des épilepsies qui sont malignes

d'emblée. Le plus souvent, c'est après une phase chronique que l'affection prend une forme grave, rapidement démentielle et souvent fatale.

On peut résumer ainsi les caractères généraux du processus syndromique :

Sans causes appréciables le plus souvent, au cours d'un traitement régulièrement suivi, les crises deviennent plus fréquentes soit qu'elles restent isolées, soit, caractère plus grave, qu'elles se groupent, prenant l'allure de crises subintrantes, de véritables petits états de mal périodiques. Certains malades, ayant jusqu'alors des crises essentiellement ou principalement nocturnes, voient leurs crises devenir diurnes. Chez d'autres, qui n'avaient que des absences, celles-ci se transforment en accès convulsifs. Les symptômes des crises se modifient. L'aura ou la phase prémonitoire peut disparaître. Nous avons remarqué que les formes avec hoquet sont souvent des formes malignes. L'intensité des crises est un signe important. Il s'agit, le plus souvent, de crises à début brusque; les convulsions sont généralisées, parfois à prédominance unilatérale, s'accompagnant de cyanose et de troubles végétatifs marqués. Le coma est de longue durée, l'obnubilation et la céphalée post-paroxystiques sont habituelles; l'accès est suivi d'une hyperthermie. Ces crises peuvent alterner avec des absences ou des vertiges, mais surtout avec des épisodes psychiques périodiques d'automatisme ambulatoire, des états confusionnels souvent de longue durée, avec des impulsions violentes. Ces épisodes psychopathiques sont fréquents, répétés et entraînent souvent des mesures médico-légales et d'internement. Le fonds mental se modifie.

Entre les crises, les malades restent bradypsychiques, obnubilés, leur activité se cantonne aux faits de la vie quotidienne. Certains des caractères de l'état mental que les anglo-saxons appellent « détérioration », en particulier la perte de l'intérêt, l'incapacité pratique, l'irritabilité, l'inactivité, les troubles de la mémoire, s'observent chez ces sujets.

Les malades se plaignent de troubles de nature variée : algies diffuses, céphalée permanente, troubles du sommeil sous forme de somnolence ou d'insomnie, malgré les barbituriques. Les modifications pondérales sont fréquentes, amaigrissement plutôt qu'augmentation de poids. Les traits s'effacent, le faciès devient atone. Les réflexes sont vifs, le tremblement de la langue est très fréquent. La ponction lombaire ne montre pas de modifications importantes, sauf parfois une hyper-albuminose légère avec extension de la précipitation du benjoin vers la zone méningitique.

Chez d'autres malades, les accidents convulsifs ne présentent aucune modification dans leur fréquence ou leur intensité, parfois même ils deviennent plus rares ou se suspendent ; mais l'état mental se modifie. Il s'agit tantôt d'un syndrome hypomaniaque atypique avec exacerbérations périodiques fait d'agressivité, de propos pauvres, décousus, parfois stéréotypés ; des hallucinations ou plus souvent des interprétations viennent le compliquer ; tantôt il s'agit d'un état confuso-onirique qui prend le type stuporeux avec conservation des attitudes, persévérations, tendances itératives, discordance idéo-verbale, rassemblant à un véritable état catatonique. Si l'on ignore les antécédents de tels malades, on les prend pour des déments précoces. Lentement ou rapidement, l'état démentiel devient permanent, malgré les traitements les plus variés. Les malades sont souvent emportés par un état de mal.

Il est possible que l'on puisse déceler, par l'électro-encéphalographie, les formes épileptiques progressives. D'après des recherches récentes, dans les formes épileptiques bénignes par leur symptomatologie et leur évolution, les altérations des tracés seraient intermittentes, paroxystiques, peu nombreuses et le rythme de base serait normal ; par contre, aux formes épileptiques graves par la fréquence et l'intensité des crises, par l'existence de troubles mentaux, par la résistance des accidents à la thérapeutique correspondraient des perturbations continues à rythme de base instable ou ralenti (Mlle Cloche).

Voici quelques observations d'épilepsies progressives dont plusieurs sont suivies d'un examen anatomo-pathologique :

Observation I. — Mlle Men., 16 ans. Née à terme après un accouchement normal. On ne trouve aucun antécédent pathologique important à signaler au cours de son développement. Enjouée, sociable, gaie, intelligente jusqu'à l'âge de 13 ans. A cette époque, un mois après l'apparition des règles, apparaissent les premiers accidents convulsifs du type classique et complet. Ils se manifestent par la suite trois à quatre fois par mois, alternant avec des absences fréquentes et des mouvements convulsifs localisés. Les recherches liquidiennes, encéphalographiques, l'examen du fond d'œil, etc... donnent des résultats normaux. Son psychisme se modifie progressivement, se manifestant par une lenteur de l'idéation, l'aspontanéité motrice, l'indifférence affective sans troubles caractériels importants. Vers l'âge de 15 ans, les crises augmentent en nombre et en intensité, en même temps qu'apparaissent des épisodes confusionnels avec anxiété et hallucinations visuelles terrifiantes d'une durée de 24 à 48 heures. Entre ces phases, ralentissement psychique, monotonie et lenteur des réponses, incohérence verbale, crises de rires, opposition, tendances catalepti-

ques avec conservation des attitudes, inertie et indifférence. Après un traitement gardénalique intense et un abcès de fixation, la malade sort de son état, mais la bradypsychie et la bradykinésie persistent. Dans la suite, on note que les crises sont souvent suivies d'une élévation thermique notable et d'obnubilation ; elles alternent avec des crises de rire, avec des absences, des épisodes confuso-oniriques, des crises de somnolence, des crises de hoquet. A la suite de certains de ces épisodes aigus, on note parfois un clonus du pied et un signe de Babinski. L'examen du liquide céphalo-rachidien, fait à plusieurs reprises, s'avère normal.

Observation II. — M. Bar..., 32 ans. Père alcoolique. Pas d'antécédents personnels importants, sauf somnambulisme à l'âge de 11 ans. Certificat d'études à 12 ans. Les crises convulsives débutent à l'âge de 15 ans. Crises classiques avec perte de connaissance, amnésie, morsure de la langue. Les crises sont peu fréquentes malgré un traitement irrégulier. A l'âge de 22 ans, après un service militaire passé sans crises, les accès deviennent plus fréquents : 1 à 2 crises par semaine. Les crises débutent par du hoquet ; chute avec convulsions toniques et cloniques suivies de morsure de la langue et urination. Les crises convulsives alternent avec des absences et des vertiges. Irritable, impulsif, Bar... remarque en outre que sa mémoire devient infidèle. Son activité professionnelle reste cependant correcte. Le rythme et la forme des crises sont inchangés malgré un traitement anticomitial varié. Vers l'âge de 28 ans, les troubles caractériels deviennent plus marqués. La bradypsychie augmente ; les céphalées post-paroxystiques sont fréquentes. En outre, à partir de cette époque, le malade présente des épisodes confusionnels avec déambulation et dénudation sur la voie publique. A la suite d'un de ces accès d'une durée de 12 jours, il est envoyé à l'hôpital Henri-Rousselle avec le diagnostic de démence précoce. Il présente en effet un état discordant avec incohérence verbale, délire polymorphe, mais surtout à thème de persécution et d'empoisonnement. Hostilité, présentation maniérée par moments. Sourires ironiques. Dès sa sortie de l'hôpital, il est arrêté de nouveau sur la voie publique à la suite d'une agression injustifiée sur un passant, et interné. Les crises deviennent extrêmement fréquentes, presque quotidiennes, et rapidement subintrantes. Le malade meurt en état de mal quelques mois après son hospitalisation.

Autopsie. — *Encéphale.* — Examen macroscopique : rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte cranienne. Adhérences des lobes frontaux à leurs faces internes. Adhérences méningo-corticales diffuses. Pie-mère mince et friable. Légère dilatation ventriculaire. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Pas d'athérome des artères cérébrales.

Examen microscopique : les lésions sont diffuses, plus accusées dans les régions motrices. A noter par places l'aspect irrégulier du bord des circonvolutions qui est ondulé.

Au Nissl le cytoplasma des cellules ganglionnaires apparaît soit laqué, soit spongieux, il ne renferme plus de granulations chromophiles. Le corps cellulaire paraît gonflé. Les limites des noyaux sont floues et se confondent avec le protoplasma du corps cellulaire. Les nucléoles restent intacts dans les noyaux qui ont eux-mêmes pris une teinte uniforme. Au Bielchowsky, le cytoplasma renferme encore des neurofibrilles, mais celles-ci prennent mal l'imprégnation argentique.

Au Nissl et au Van Gieson, surtout dans la pariétale ascendante, on note par places une lésion intéressant la partie moyenne de la couche corticale sous forme d'une bande parallèle au bord de la circonvolution ; il s'agit d'une région plus vascularisée, pauvre en cellules ganglionnaires, très riche en cellules névrogliques et en cellules oligodendrogliques qui se disposent en satellites des cellules ganglionnaires.

Sur les coupes traitées par l'imprégnation argentique (méthode de Hortéga), cette lésion apparaît constituée par une prolifération astrocytaire et surtout par un développement considérable des cellules microgliques monstrueuses, isolées ou satellites des cellules oligodendrogliques. Outre la disposition de la lésion sous forme de bandes, on note en certains points qu'elle se dispose comme un coin pénétrant dans la couche moléculaire et s'étendant jusqu'à la zone des grandes cellules pyramidales.

Outre ces petits foyers astrocyto-microgliques, on note d'une façon diffuse une prolifération microgliale dans le cortex cérébral. Les microgliocytes ont un corps volumineux, granuleux, vacuolaire et sont munis de prolongements épais peu nombreux, recouverts eux-mêmes de prolongements très courts terminés par une boule. Les cellules en forme de bâtonnets sont rares. Pas de prolifération microglique dans la substance blanche.

Dans la couche moléculaire, on note de place en place de petits foyers formés de quelques astrocytes volumineux disposés autour d'un vaisseau.

Dans la corne d'Ammon, étudiée spécialement, l'alvéus comprend des zones sclérosées formées surtout de fibrilles névrogliques, disposition que l'on rencontre fréquemment normalement dans cette région ; dans la substance grise, présence de foyers astrocytaires volumineux, riches en fibrilles épaisses, lésions de formation récente.

Au Weigert-Pal, on observe, disséminées dans le cortex, des zones microscopiques dépourvues de fibres à myéline correspondant aux foyers de sclérose névroglique mis en évidence par la méthode à l'imprégnation argentique et décrits plus haut. Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre au niveau des lobes frontaux et nombreuses fibres sont en voie de dégénérescence.

Aucune lésion vasculaire inflammatoire soit dans les méninges, soit dans le cerveau.

Dans les couches optiques, lésions cellulaires aiguës et nombreuses hémorragies punctiformes.

Dans le bulbe et le cervelet, lésions cellulaires moins accusées que dans le cerveau.

Observation III (*Thèse de Follin, obs. IX résumée*). — M. Bou... aurait présenté ses premières crises épileptiques à l'âge de 19 ans, pendant son service militaire ; il aurait été pensionné à 80 %. Il présente, depuis cette époque, une à trois crises par mois, avec tous les caractères des crises comitiales typiques : morsure de la langue, miction involontaire. Malgré un traitement au gardénal et au rutonal, Bou... est interné à l'âge de 39 ans dans les circonstances suivantes : il aurait fait du scandale dans la rue parce qu'un boucher, au marché d'une porte de Paris, vendait sa viande trop chère et volait ses clients ; puis il aurait eu une crise convulsive. Les certificats d'internement, d'admission et de quinzaine signalent un état confusionnel avec agitation intense, agressivité et idées délirantes de persécution. Suivi pendant plus de 3 ans à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, il se présente dans un état permanent de surexcitation intellectuelle avec activité de jeu, plaisanteries, agressivité, faisant penser à un syndrome hypomaniaque. Il existe toutefois des troubles plus profonds qui se manifestent par un syndrome de discordance : langage souvent figé, verbalisme, relâchement associatif, mimique inadéquate, maniérisme discret, quelques stéréotypies, délire hallucinatoire incohérent avec idées de persécution et d'hypocondrie. Ce syndrome répond aux formes maniaques des schizophrénies.

Le malade est mort à l'âge de 43 ans de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Aucune lésion macroscopique de l'encéphale. L'hémisphère droit pèse 650 gr., le gauche 645 gr., le cervelet et le bulbe 150 gr.

Poumons : quelques rares noyaux caséeux dans un poumon, pneumothorax spontané.

Examen histologique de l'encéphale. — Méninges : pie-mère épaissie par places et adhérente au cortex sous-jacent. La méningite chronique est surtout accusée au niveau des régions motrices. Suffusions sanguines récentes.

Cortex : les lésions portent surtout sur les petites et moyennes cellules ganglionnaires ; leur cytoplasme ne renferme plus que des granulations poussiéreuses et quelques vacuoles. Les noyaux sont situés excentriquement. Dans les cellules des couches profondes et principalement dans les cellules géantes des régions motrices, les granulations chromophiles se disposent normalement. Au Bielchowsky, les primitives fibrilles sont nettement apparentes. Au Weigert-Pal, légère diminution des fibres tangentielles au niveau des lobes frontaux.

Réaction vasculaire diffuse très nette. Dans la substance grise, quelques vaisseaux ont leurs parois légèrement infiltrées de cellules embryonnaires, et quelques artérioles ont leur lumière complètement obstruée par des corps granuleux. Dans la substance blanche sous-corticale, la réaction vasculaire est accusée et intéresse de nombreuses

artérioles et veinules ; les corps granuleux périvasculaires bourrés de pigments sont très nombreux ; chapelets de cellules oligodendrogliques disposées autour des capillaires.

La méthode d'Hortéga pour la névroglie permet de déceler des lésions très importantes : sclérose corticale diffuse ; par endroits, zones plus sclérosées constituées par des foyers d'astrocytes volumineux. A côté de ces foyers, on en note d'autres dans lesquels les éléments névrogliques sont peu nombreux, ont un corps cytoplasmique peu développé compris dans un tissu fibrillaire. Dans la substance blanche, réaction névroglique peu marquée autour des vaisseaux présentant de la périvascularite.

Noyaux gris centraux : lésions cellulaires accusées. Pas de prolifération névroglique. Foyers étendus de sclérose fibrillaire sous-épendymaire. Nombreux vaisseaux ont leurs parois calcifiées, d'autres sont atteints de périvascularite. Plexus choroïdes normaux.

Couches optiques : mêmes lésions que dans les noyaux gris centraux. Quelques hémorragies capillaires récentes.

Bulbe : cellules des noyaux des nerfs craniens normales. Quelques vaisseaux ont leur adventice infiltré de cellules rondes. Présence de nodules névrogliques. Ependyme normal.

Cervelet : rien de spécial.

Observation IV. — Eti... André, 38 ans, présente depuis l'âge de 18 ans des crises convulsives épileptiques, mais sans morsure de la langue, ni urination involontaire. Crises très fréquentes au début, s'espaçant par la suite pour faire place à des troubles caractériels : irritabilité, colères, impulsions violentes. Vers l'âge de 29 ans, il devient dangereux pour son entourage, et au cours d'une colère impulsive il menace de son couteau un commerçant qu'il accuse de méfaits imaginaires. Ces troubles imposent l'internement à l'hôpital psychiatrique de Clermont où il reste 6 mois. Les crises deviennent ensuite plus rares. Eti... suit régulièrement un traitement au gardénal et au sédoneurol. Il travaille comme marbrier chez son frère : son travail, quoique lent, est à peu près normal. A l'âge de 37 ans, à la suite d'un arrêt du gardénal, il présente une crise convulsive suivie d'une période d'obnubilation et d'inertie d'une durée de trois jours. Le quatrième jour, il se lève pour aller chercher du gardénal chez un pharmacien. Celui-ci refuse de lui en donner sans ordonnance médicale ; Eti... s'irrite, profère des menaces, s'empare d'une hachette avec laquelle il vient frapper sur la devanture du pharmacien. Arrêté, il est conduit à l'hôpital Bichat, puis transféré à l'hôpital Henri-Rousselle. Obnubilé, ralenti, il reconnaît les faits qui lui sont attribués. Dans le service, il se montre bizarre, irritable, parfois agressif. Il présente une crise typique suivie d'obnubilation d'une durée de 24 heures. L'examen neurologique et somatique ne montre rien d'anormal. Le malade sort 15 jours après son entrée. Depuis sa sortie et malgré un traitement gardénalique suivi, les crises deviennent plus fréquentes. Eti... est de

nouveau hospitalisé le 17 mars 1940. Un état de mal s'installe quelques jours après son entrée ; crises subintrantes avec élévation de la température ; mort le 4e jour.

AUTOPSIE. — *Encéphale :* à l'extraction du cerveau, il ne s'échappe pas de liquide céphalo-rachidien. Congestion des sinus. Pie-mère très fine et congestionnée, elle est très adhérente au cortex. Présence de quelques suffusions sanguines. Sur les coupes transversales, la substance grise a par places un aspect marbré, jaunâtre, et la substance blanche une coloration plâtreuse.

Pas d'athérome. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 640 gr., le gauche 650 gr. Le cervelet et le bulbe 210 gr.

Organes : tous les organes sont congestionnés. Dans le péricarde, présence de liquide. Aucune autre lésion.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Méninges :* pie-mère adhérente au cortex sans aucun processus inflammatoire.

Cortex : dans les cellules ganglionnaires, petites et moyennes, le cytoplasma ne renferme des granulations chromophiles qu'à la périphérie et a un aspect granuleux. Dans les grandes pyramidales (cellules de Betz), les granulations chromophiles sont en voie d'effritement. Noyaux excentriques à bords flous.

Pas de prolifération des microglyocytes. Leurs corps sont très hypertrophiés, principalement ceux qui bordent les petits vaisseaux. Le cytoplasma s'étale irrégulièrement en formant des coudes brusques, des bosselures ; il a un aspect granuleux vacuolaire. Les prolongements sont peu nombreux, épais, boursouflés, couverts de varicosités.

Névroglie très altérée. Foyers de sclérose marginaux et intracorticaux formés d'astrocytes volumineux renfermant parfois jusqu'à cinq et six noyaux. Certains sont en voie de division. Leurs prolongements sont épais, nombreux. Cette lésion se retrouve dans tout le cortex.

Les fibres tangentielles sont peu fournies au niveau des lobes préfrontaux ; aucune autre modification.

Dans la corne d'Ammon, étudiée spécialement, aucune altération particulière des cellules ganglionnaires. On ne note aucune extravasation sanguine. Aucune modification des fibres myéliniques. Les modifications de la névroglie sont les mêmes que celles notées dans le cortex. Il s'agit d'une sclérose évolutive, tandis que dans la partie centrale, la fimbria et l'alvéus on note un tissu névroglique formé uniquement de fibrilles sans présence d'astrocytes, tissu névroglique que l'on note à l'état normal et qui est congénital.

Noyaux gris centraux et pédoncules cérébraux : aucune lésion des parois vasculaires. Les veines et veinules sont dilatées sans aucune extravasation sanguine. Mêmes lésions cellulaires que dans le cortex. Epithélium ventriculaire et plexus choroïdes normaux.

Cervelet : légère chromatolyse des cellules de Purkinge et des cellules des noyaux dentelés.

Bulbe : dilatation des vaisseaux sans diapédèse. Zone spongieuse dans les cellules olivaires. Pas d'autres lésions.

Hypophyse : nombreuses cellules éosinophiles ; peu de cellules basophiles et chromophobes.

Observation V. — Mme Ab... est internée à l'âge de 63 ans le 11 mars 1941.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Sa mère est morte à 58 ans, son père à 81 ans ; les causes des décès sont inconnues. De ses cinq frères et sœurs, deux sont décédés d'accidents pulmonaires, probablement tuberculeux.

Son développement physique et psychique s'est fait normalement. Pas de convulsions infantiles. Premières règles à 16 ans. La malade travaille ensuite comme ménagère et ne cesse de travailler qu'à l'âge de 28 ans, après son mariage. Elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche. Son mari est mort à 59 ans. Bien portant jusqu'à l'âge de 50 ans, il est resté paralysé pendant 9 ans.

A l'âge de 33 ans, « à la suite d'une peur survenue pendant la période des règles » (selon les dires de la famille), la malade a sa première crise épileptique. La deuxième crise n'apparaît que 6 mois plus tard. Ensuite elles surviennent au rythme de 3 à 4 mois.

Ce sont des crises violentes, avec perte de connaissance, morsure de la langue, émission d'urine. La malade s'est quelquefois blessée en tombant. Les crises sont surtout nocturnes.

A la suite de ces crises, l'entourage n'a pas noté de changement de l'humeur ni du comportement. Elle ne fut jamais violente ni impulsive. Elle était affectueuse et sociable et se montra toujours très pieuse.

Les modifications de la personnalité ne débutèrent qu'à l'âge de 60 ans et consistèrent en accès confusionnels à la suite des crises devenues plus fréquentes.

A l'âge de 63 ans, elle est internée. Le certificat d'internement est ainsi conçu : « Etat demi-stuporeux, mutisme, sourires niais, ne paraît pas comprendre les questions posées ; probabilité d'affaiblissement intellectuel avec incurie, désorientation, turbulence épisodique, troubles du comportement au dehors, se perd dans les rues ; gâtisme. Notion d'épilepsie depuis l'âge de 30 ans. Crises fréquentes actuellement. Examen neurologique négatif.

Certificat de 24 heures : « Est atteinte d'affaiblissement psychique, avec désorientation, troubles de la mémoire, obtusion, bradypsychie, désordre des actes, errance, turbulence, crises épileptiformes depuis plusieurs années, signe de Babinski droit. Bruits du cœur sourds, bradycardie, emphysème, artério-sclérose. »

Dans le service, la malade se montre turbulente et même violente par moment. Elle est complètement désorientée ; ses propos sont incohérents. Pas de gâtisme. Dans le sang, le Bordet-Wassermann est

négatif ; urée 0,60. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni acétone. Tension artérielle + 15, — 8.

L'état de confusion mentale se dissipe au bout de quelques jours et la malade peut être occupée à de menus travaux.

Dans la suite les crises convulsives se reproduisent au nombre de 4 à 9 par mois, malgré un traitement au gardénal. Elles sont fréquemment suivies de confusion mentale avec agitation.

En avril 1941, l'état physique s'aggrave et la malade reste alitée. Gâtisme intermittent entraînant des escarres. Amaigrissement progressif. Symptômes d'insuffisance cardiaque. Mort le 16 février 1942.

Autopsie. — *Encéphale. Examen macroscopique :* aspect laiteux de la pie-mère à la face convexe des hémisphères. Adhérences intimes des lobes frontaux à leur face interne. Pie-mère légèrement adhésive au cortex. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Pas d'athérome artériel. L'hémisphère droit pèse 585 gr., le gauche est du même poids ; cervelet et bulbe : 165 gr.

Examen histologique. — Méninges : épaississements considérables de la pie-mère au niveau des régions motrices ; adhérences méningo-corticales.

Cortex : lésions très accusées des cellules ganglionnaires, surtout dans les couches corticales profondes. Certains éléments ont leur corps gonflé, d'autres ont leur corps réduit et leurs bords sont irréguliers. Chromatolyse partielle du cytoplasma qui renferme des espaces vacuolaires se disposant parfois en anneau autour du noyau. Des cellules ont perdu leurs prolongements ; les plus altérées renferment un noyau uniformément coloré, peu riche en chromatine ; les nucléoles sont normaux.

Au niveau des régions motrices, les cellules pyramidales géantes sont très altérées ; chromatolyse du cytoplasma ; cependant les primitives fibrilles sont encore apparentes dans les cellules atrophiées.

Foyers de sclérose névroglique ancienne non évolutive n'intéressant que les couches les plus superficielles du cortex. Dans le cortex et la substance blanche sous-corticale, nodules névrogliques formés d'astrocytes volumineux en voie de prolifération. Pas d'altération des parois vasculaires, pas de réaction lympho-plasmocytaire. Dégénérescence diffuse des fibres tangentielles dans les lobes préfrontaux et disparition de la strie de Baillarger. Aucune altération des fibres myéliniques au niveau des régions motrices. Présence de plaques séniles.

Corne d'Ammon : nombreuses cellules ganglionnaires ont leur protoplasma vacuolaire ; leurs noyaux sont pycnotiques. Zone scléreuse ancienne bordant la circonvolution de l'hippocampe. Quelques nodules de sclérose névroglique comprenant des astrocytes volumineux prolifératifs comme dans les autres régions corticales.

Noyaux gris centraux : lésions cellulaires. Aucune modification des parois vasculaires. Couche épendymaire normale.

Couches optiques : autour de l'adventice de certaines veinules, présence d'un anneau de collagène de formation récente ; nombreux corpuscules amylacés.

Rien de particulier à signaler dans le cervelet, les pédoncules cérébraux et le bulbe. Ependyme du plancher du quatrième ventricule normal.

Ainsi, à côté des épilepsies chroniques dites idiopathiques, ou essentielles, dont les manifestations cliniques ne se modifient pas pendant toute la durée de la vie des sujets, il en est d'autres que l'on peut appeler progressives. Elles se traduisent par des accidents convulsifs qui deviennent de plus en plus fréquents et intenses, par des accès de confusion mentale, par des modifications de la personnalité. Quand les malades ne sont pas emportés par un état de mal ou au cours d'un accès confusionnel, ils finissent par tomber dans un état de déchéance intellectuelle décrit sous le terme de démence épileptique.

L'organicité de telles formes ne laisse aucun doute. D'ailleurs on relève souvent, dans les antécédents des sujets, des signes d'un développement mental défectueux ou des affections organiques du cerveau n'ayant laissé aucune séquelle permanente importante (traumas obstétricaux, états méningés, convulsions infantiles, etc...) ; on décèle parfois, chez le malade lui-même, des troubles moteurs déficitaires. Mais les données étiologiques et cliniques, quelles qu'elles soient, ne permettent pas, en présence d'un cas d'épilepsie à son début, de prévoir son évolution et les causes de l'aggravation restent obscures.

Il est évident que la marche progressive de l'affection est commandée par les modifications des lésions cérébrales elles-mêmes. Or, il est surprenant de constater que jusqu'alors les auteurs qui se sont livrés à des recherches anatomo-pathologiques concernant les épilepsies dites idiopathiques, n'ont pas fait de distinction entre les épilepsies fixées et les épilepsies progressives. De plus, de nombreux examens histopathologiques portant sur l'épilepsie dite idiopathique concernent en fait des cas de démence épileptique ou d'épilepsie avec faiblesse intellectuelle. Nous avons pensé qu'en comparant entre elles les lésions de ces formes différentes, nous pourrions apporter quelque contribution nouvelle à la pathogénie des épilepsies progressives. Avant donc de déterminer les lésions des épilepsies progressives, il est indispensable de préciser les lésions habituelles que l'on peut observer dans l'encéphale des sujets atteints d'épilepsie chronique dite idiopathique, c'est-à-dire des épileptiques n'ayant présenté, en dehors de leurs crises, aucun signe de débilité mentale accusée ou d'affaiblissement intellectuel,

aucune forme chronique d'aliénation mentale, aucun symptôme d'une lésion cérébrale plus ou moins localisée.

Notons d'abord que les examens macroscopiques de l'encéphale sont insuffisants pour éclairer la question. A part les cas dans lesquels on a la surprise de trouver, à l'autopsie, des lésions grossières insoupçonnées (tumeurs cérébrales, pseudo-tumeurs cérébrales, ramollissements, cicatrices anciennes, etc...), on observe dans les deux formes, stabilisées ou progressives, les mêmes lésions ; les plus communes sont les adhérences des lobes frontaux entre eux à leurs faces internes, les adhérences méningo-corticales, déjà notées par les anciens auteurs (Broussais, Lelut, Lallemand, Bourneville), l'opalescence et l'épaississement diffus de la pie-mère, la légère rénitence du tissu cérébral. La sclérose des Cornes d'Ammon, observée par Bouchet et Cazauvielle, puis par Hoffmann, Astwazaturow, Stenert, Meynert, leurs lésions macroscopiques hémorragiques (Hermann), ont eu un tel retentissement qu'elles entraînent encore, comme nous le montrerons plus loin, des recherches histologiques et des discussions sur leur pathogénie ainsi que sur leurs rapports avec l'épilepsie.

Nous n'avons pas observé l'inégalité de poids des hémisphères signalée par Baume, ainsi que la dilatation des ventricules que Thom note dans 54,6 0/0 des cas, à moins qu'il s'agisse de cas d'épilepsie symptomatique avec lésions grossières macroscopiques, Comme Anglade et Jacquin nous avons observé, le plus souvent, l'atrésie des ventricules latéraux. L'hypoplasie ou l'hyperplasie des granulations de Pacchioni, décrite par Fay et Winkelman, ne présente aucun intérêt.

Seuls les examens microscopiques permettent de déceler les caractères particuliers des lésions cérébrales. Ils ont fait l'objet de nombreux travaux que nous résumerons d'abord avant d'établir les caractères propres aux lésions des épilepsies progressives.

Les malformations neuro-architectoniques de l'écorce cérébrale sont fréquentes. Elles sont attribuables à des défauts de développement. Quand elles sont congénitales, elles seraient l'expression anatomique d'un trouble embryonnaire. Elles peuvent être acquises dans le jeune âge sous l'influence d'agents toxiques ou infectieux (Roncoroni, Langdon, Ziveri, Rose, Surabaschwili, Pollak). Dans la couche moléculaire, on a décrit des cellules (cellules de Cajal, de Retzius), répondant à un stade embryonnaire (Jacob, Ranke, Turner, Volland). L'atrophie et des malformations des cellules ganglionnaires ont été signalées (Clark et Prout, Collins, King), en particulier l'aspect fusiforme des cellules de Betz (Tramer), leur surcharge par des lipochromes (Tirelli).

La sclérose cérébrale est la lésion qui est reconnue comme la plus constante. Elle a d'abord été décrite par Chaslin, qui montra qu'elle consistait en une prolifération du tissu de soutien, c'est-à-dire des fibres de la névroglie, et qu'elle intéressait la première couche de l'écorce: « A l'état normal, dit-il, la première couche de l'écorce grise renferme quelques cellules dites araignées, dont on voit à peine les prolongements ; dans ces cas, au contraire, la première couche est formée par des faisceaux de fibrilles qui s'étendent à peu près parallèlement à la surface du cerveau et que l'on voit nettement prendre naissance dans ces nombreuses cellules à prolongements hypertrophiés. Dans certains points, cette transformation envahit toutes les couches, laissant cependant subsister les cellules nerveuses et les vaisseaux. »

Bleuler confirme les recherches de Chaslin. Il constate, dans 26 cerveaux d'épileptiques, l'hypertrophie considérable de la couche névroglique sous-pie-mérienne. Comme contre-épreuve, il examine 54 autres cerveaux de sujets atteints de maladies mentales, et, dans la majorité des cas, les résultats sont négatifs. Dans 15 cas seulement, il existait une légère sclérose névroglique. Orloff décrit une forme en foyer et une forme diffuse sans altération des fibres tangentielles. Des lésions aiguës ont été notées par Weber et Hajos.

La sclérose cérébrale a été constatée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique de l'épilepsie (Buchholz, Alt, Rosenfeld, Derselbe, Geitlin, Lugaro, Wichert et Dreszen, Belezky).

Dans de nombreux cas, la sclérose ne se cantonne pas à l'écorce sous forme de gliose marginale ; elle envahit aussi la substance blanche, soit sous la forme diffuse, soit sous la forme en foyers (Draeseke). Elle est alors le substratum anatomique d'épilepsies qui mériteraient plutôt l'épithète de symptomatiques. Des lésions graves cérébrales survenues dans le jeune âge entraînent l'atrophie soit des zones cérébrales (Holm, Bateman), soit d'un hémisphère comme dans l'observation de Tedeschi ; la sclérose marginale est aussi observée dans des cas d'épilepsie compliquée de troubles mentaux graves (Robertson). Marchand, qui ne retient que les cas d'épilepsie dite idiopathique, montre le rapport fréquent de la sclérose marginale avec les adhérences méningo-corticales.

La sclérose de la Corne d'Ammon, ainsi que ses autres lésions, ont fait et font encore l'objet de recherches spéciales. Macroscopiquement, Pfleger note la sclérose dans 58 0/0 des cas, Coulbault dans 10 0/0, Snell dans 4 0/0 ; Hemkes 17 fois et Féré 12 fois. Pour Sommer, sa fréquence est de 10 0/0 macroscopiquement et

de 30 0/0 microscopiquement. Dans leurs études histo-pathologiques, Erd la note dans 3 0/0 des cas, Alzheimer et Bratz dans 30 à 40 0/0, Turner et Spielmayer dans 50 0/0. Elle serait rare pour Volland et Aranovitch.

Sommer, tout en se refusant à considérer la lésion de cette région cérébrale comme spécifique de l'épilepsie, y décèle à la fois des lésions de sclérose et des lésions dégénératives dans le segment ventriculaire. La sclérose serait pour lui secondaire. La lésion débuterait par une prolifération nucléaire aboutissant à la dégénérescence stéato-pigmentaire, à l'atrophie et finalement à la disparition des cellules nerveuses ganglionnaires. Ces lésions sont surtout marquées dans le fascia dentata mais aussi dans le subiculum, les circonvolutions temporales et sphéno-occipitales avoisinantes. Depuis, des recherches ont été faites par Alzheimer, Snell, Charcot, Pfleger, Bratz. Les lésions seraient souvent unilatérales. Baumatz admet qu'elles prédominent dans la partie ventriculo-latérale (Secteur de Sommer), ainsi que dans la lame terminale entourée par la circonvolution godronnée ; le secteur dorsal resterait, par contre, relativement résistant. Les lésions consistent en raréfaction des cellules ganglionnaires, en prolifération névroglique très fibrillaire. Kogerer décrit une surcharge lipoïdique des cellules que Weiman se refuse à reconnaître comme ayant quelque rapport avec l'épilepsie et Kuhlmann une gliose consécutive à des foyers de ramollissement.

Bien d'autres altérations microscopiques, d'ailleurs reconnues comme inconstantes, ont été notées dans les cerveaux d'épileptiques: dégénération des fibres tangentielles intra et supraradiaires (de Buck), troubles profonds de la structure corticale consistant en une désintégration neuro-ganglionnaire, aboutissant à la formation de plages acellulaires sans systématisation des foyers (I. Bertrand et Rives, Scholz), accumulation de pigments au niveau des troisième et cinquième couches (Tramer), fibrillolyse des cellules ganglionnaires corticales (Moriyasu), d'abord périphérique, puis périnucléaire (Agostini) ; modifications nécrobiotiques des cellules ganglionnaires, spécialement dans la Corne d'Ammon, les ganglions de la base, le cortex cérébelleux ; plaques séniles dans l'écorce cérébrale d'épileptiques âgés (Bloch et Marinesco, Redlich Urechia et Mihalescu). Olkon attribue un rôle important aux modifications des capillaires cérébraux, tandis que la plupart des auteurs sont d'accord sur le peu de fréquence et d'intensité des lésions vasculaires.

Dans les noyaux gris centraux, mêmes lésions diverses. Morgan et Grégory décrivent des altérations neuro-dégénératives dans le noyau latéral du tuber, du tubercule mamillaire et dans la subs-

tance grise des parois du troisième ventricule. Le ramollissement du tubercule mamillaire a aussi été signalé par Tani ; Yamamoto a noté des lésions cellulaires et névrogliques au niveau du thalamus et du corps de Luys.

Les altérations des lamelles cérébelleuses et des noyaux dentelés ont été décrites par Spielmayer, Aranovich, Braunmulh. Liebers a noté l'atrophie de l'écorce cérébelleuse, des altérations des cellules de Purkinge et des axones, les fibres parallèles et les corbeilles ne participant pas au processus de sclérose.

Braunmulh insiste sur la vulnérabilité particulière de l'olive bulbaire, Minkowski y note des lésions dans les deux tiers environ des cas d'épilepsie essentielle. Les altérations consistent en une atrophie progressive lipoïdo-pigmentaire des cellules avec modifications modérées de la névroglie. Les parties latérales, dorsales et orales de l'olive sont particulièrement plus atteintes que les parolives et les parties ventro-médianes et dorso-médianes phylogénétiquement plus anciennes. Des foyers de sclérose névroglique ont été décrits par Anglade dans le bulbe, la protubérance et la moelle. Ajoutons que des modifications des plexus choroïdes et de l'épithélium épendymaire ont été notées par Gordon, Allende Navarro, Minkowski et Baumatz). Les plexus apparaissent souvent petits, mal délimités par place (microplexie) ; les villosités prennent une forme vermiculaire (type aviaire), adhèrent aux parois ventriculaires et parfois les pénètrent ; l'épendyme est atrophié, avec coexistence parfois de bandes hypertrophiques ; Morowoka a observé une dégénérescence calcaire et une légère augmentation des lipoïdes. Ces altérations s'observent aussi bien dans les plexus choroïdes des ventricules latéraux que dans ceux du quatrième ventricule.

La plupart de ces descriptions anatomo-pathologiques ont été faites d'après des formes d'épilepsie très diverses, soit que les sujets aient présenté des symptômes de débilité mentale accusée, soit même de démence. Dans de nombreuses observations, les sujets sont morts en état de mal.

Si l'on veut rechercher le substratum anatomique concernant uniquement l'épilepsie chronique dite idiopathique, il est indispensable de séparer, dans chacun de ces cas, les lésions à caractères chroniques de celles qui sont manifestement aiguës et récentes.

Dans leur ensemble, les descriptions histo-pathologiques des lésions concernant les épilepsies chroniques en général sont assez concordantes. A part quelques divergences de détail et les tendances d'écoles, les contradictions sont peu importantes. Il s'agit, en résumé, de lésions scléreuses névrogliques de localisations diver-

ses, d'altérations dégénératives des cellules ganglionnaires, de modifications de l'architectonie corticale. Si l'on n'envisage, parmi les épilepsies chroniques, que les formes dites idiopathiques sans faiblesse importante du fonds mental, les lésions scléreuses névrogliques intéressent la couche moléculaire soit d'une façon diffuse, soit sous forme de petits foyers disséminés dans l'écorce cérébrale et la substance blanche sous-jacente. Très fréquemment, la sclérose névroglique se cantonne sous forme de sclérose marginale au niveau des foyers de symphyse méningo-corticale.

Mais l'interprétation des constatations histologiques est bien différente suivant les auteurs qui se divisent en deux camps : pour les uns, les lésions sont la cause des accidents épileptiques ; pour les autres, elles sont secondaires aux crises convulsives.

Les auteurs qui considèrent les lésions scléreuses corticales comme le substratum anatomique de l'épilepsie dite essentielle admettent qu'elles sont le résultat d'un défaut congénital du développement cérébral ou qu'elles sont acquises au cours du développement du cerveau sous l'influence de facteurs extérieurs (Chaslin, Tramer, Bielchowsky, Marchand).

Les auteurs, qui admettent que les lésions observées dans le cerveau des épileptiques sont secondaires aux modifications cérébrales causées par les accès convulsifs, les considèrent surtout comme d'origine vasculaire. Meynert, à propos de la sclérose de la Corne d'Ammon, admettait déjà qu'elle était consécutive à une autre lésion primitive plus éloignée et qu'elle était le résultat d'un trouble de nutrition dû à un obstacle à la circulation du sang pendant et après les crises. Pour Spielmayer, les altérations chroniques du type scléreux de la Corne d'Ammon et du cervelet ainsi que la destruction des cellules ganglionnaires dans l'écorce cérébrale ne sont que des processus qui répondent à une dégénération qu'il appelle « homogénéisante » ; elles seraient en rapport avec les troubles ischémiques qui accompagnent la crise épileptique convulsive. Il appuie son opinion sur le fait que l'on note les mêmes altérations (épaississements des parois vasculaires et de l'adventice des petits vaisseaux autour des foyers thrombosiques et artério-scléreux) chez d'autres malades que les épileptiques. Zimmermann, Somora, Scholz, Bodechtel attribuent aussi les altérations des cellules cérébrales et les plages acellulaires qui en sont la conséquence à l'ischémie secondaire à un spasme de petits vaisseaux corticaux pendant les crises.

Pour Volland, Malamud, les lésions scléreuses sont identiques dans les cerveaux des sujets atteints d'épilepsie essentielle et ceux des malades atteints d'épilepsie symptomatique. Tout en obser-

vant que la sclérose marginale de l'écorce est à peu près constante dans les cas où l'épilepsie s'est développée de bonne heure, Weber ne la reconnaît pas comme la lésion de l'épilepsie.

Les auteurs appuient encore leurs hypothèses sur les caractères de la distribution des lésions qui sont diffuses, non systématisées et sous forme de petits foyers, ce qui indique un trouble primitif vasculaire. Ils font remarquer que, chez des épileptiques âgés morts en état de mal, on note des altérations aiguës vasculaires coexistant avec d'anciennes lésions scléreuses.

La prédominance des lésions ischémiques dans certaines régions de l'encéphale trouverait son explication dans la distribution particulière des terminaisons vasculaires et dans la pauvreté du réseau capillaire des territoires. Par exemple, le « secteur de Sommer », dans l'hyppocampe, n'est irrigué que par une artère sans collatérales importantes ou anastomoses de suppléance, sa lésion est fréquente. Par contre la région de la Corne d'Ammon, qui présente une grande richesse vasculaire, est rarement altérée (Jelgersma, Pfeiffer, Uchimura). Les mêmes causes de la vulnérabilité de certaines régions du tissu nerveux ont été appliquées à la couche moléculaire du cervelet par Pfeiffer. Yamamoto fait jouer également un grand rôle aux troubles de la circulation de l'encéphale dans la production des lésions aussi bien mésodermiques qu'ectodermiques. Les lésions du tissu mésodermique, telles que l'afflux de mastzellen et la légère prolifération adventitielle seraient la conséquence de l'effondrement de la pression du sang à la période initiale de l'accès ; les lésions du tissu ectodermique, consistant en foyers dans lesquels les cellules nerveuses sont raréfiées, lésions que l'on note dans le pôle occipital (?), le thalamus, la Corne d'Ammon, le corps de Luys, les noyaux denteiés, l'olive bulbaire, seraient en rapport avec l'altération fonctionnelle des petits vaisseaux apparemment restés intacts, car ces foyers ne présentent aucun caractère toxique ou infectieux. Autre argument donné par Braunmuhl, les modifications cérébrales que nous venons d'exposer s'observent, à divers degrés, dans les épilepsies convulsives et font défaut chez les sujets n'ayant présenté que des absences.

Ainsi, suivant cette thèse, les lésions scléreuses observées dans l'encéphale des épileptiques n'ont aucun rapport avec la pathogénie de l'épilepsie, elles seraient la conséquence des altérations du tissu nerveux survenues au cours des convulsions (Such) ou des troubles vasculaires qui précèdent la crise (Steck, Pötzl).

Quelques auteurs, moins absolus, admettent qu'à côté des facteurs secondaires, en particulier du facteur angiospastique convulsif, on doit aussi tenir compte d'un trouble épileptogène fondamen-

tal en rapport avec une perturbation précoce du développement de l'encéphale intéressant l'écorce cérébrale, en particulier la Corne d'Ammon, les plexus choroïdes, le cervelet, les olives bulbaires (Baumatz). Minkowski souligne le fait que les parties des olives phylogénétiquement plus jeunes en connexion avec le néocérébellum sont particulièrement touchées parce qu'étant plus fragiles.

Toutes ces divergences d'interprétations lésionnelles proviennent de ce que les histo-pathologistes n'ont pas assez différencié dans les centres nerveux les lésions cérébrales chroniques, cause de l'épilepsie, et les lésions aiguës en rapport avec les crises convulsives, ou avec les troubles circulatoires organiques.

L'examen de l'encéphale d'un épileptique mort en état de mal est bien différent de celui d'un épileptique mort d'une affection intercurrente.

La sclérose de la Corne d'Ammon, qui a fait l'objet de tant de recherches, n'a aucun caractère spécifique, puisque normalement cette région est atrophiée et toujours très riche en tissu névroglique. De nombreux auteurs, en faisant remarquer que cette soi-disant lésion est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale ou même qu'elle peut faire défaut, ne lui reconnaissent aucun caractère pathologique spécial (Weiman), ou bien lui refusent tout rôle épileptogène, ou même tout rapport avec l'épilepsie (Borozoine, Rosentein et Lioubimow, Oppenheim, Artom, Massion-Verniory). De plus, si on se base sur le fait que la Corne d'Ammon est un centre cortical de perception olfactive, on doit aussi tenir compte que l'on ne note, chez les épileptiques, ni troubles de l'odorat (Benedetti), ni même, comme le prétend Stander, une fréquence particulière des auras olfactives et gustatives ; de plus, il existe de nombreuses observations de lésion de la Corne d'Ammon sans production d'épilepsie.

Le principal argument, sur lequel se basent les auteurs qui soutiennent que les lésions scléreuses décelées dans les cerveaux d'épileptiques sont causées par les crises convulsives, serait leur origine vasculaire. Leurs interprétations pathogéniques sont très diverses. Les uns admettent que les lésions des vaisseaux sont dues à l'hypertension sanguine au début de l'accès convulsif, d'autres aux troubles circulatoires post-convulsifs, certains aux troubles ischémiques qui accompagnent les crises convulsives. Les altérations aiguës des vaisseaux, si importantes chez les sujets morts en état de mal, montreraient aussi le point de départ des lésions. La diffusion même de celles-ci au cervelet, à la moelle, leur localisation dans des zones cérébrales mal irriguées seraient également la preuve de l'origine vasculaire de la sclérose. Ces diverses interprétations ne s'accordent pas avec les constatations que nous avons

faites sur les encéphales de lapins qui, sous l'action de chocs électriques, ont présenté des crises convulsives ; nous n'y avons pas relevé de lésions vasculaires.

Toutes ces hypothèses ne concernent que les lésions déterminées par les crises convulsives et ne tiennent aucun compte des affections cérébrales que l'on note si souvent dans les antécédents des sujets atteints d'épilepsie essentielle ; aucune distinction n'est faite entre les cas d'épilepsie se développant chez des individus atteints de faiblesse mentale à divers degrés et ceux survenant chez des individus doués d'une intelligence normale.

Prétendre que les crises convulsives déterminent les lésions scléreuses observées dans les cerveaux d'épileptiques idiopathiques, c'est un peu comme si on prétendait que la toux est la cause de certaines lésions pulmonaires chroniques.

Les interprétations de la pathogénie des lésions des cerveaux d'épileptiques sont d'ordre anatomo-biologique et doivent tenir compte des causes même de l'épilepsie en général.

Le champ de l'épilepsie dite essentielle se rétrécit tous les jours. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, la radiographie, l'encéphalographie, les recherches anatomo-pathologiques montrent l'organicité des syndromes épileptiques diagnostiqués cliniquement comme *sine materia*. Entre l'épilepsie dite essentielle et l'épilepsie symptomatique, on observe de nombreuses formes de passage, de même entre l'épilepsie généralisée et l'épilepsie jacksonienne. Les petits signes d'organicité soit d'ordre mental, soit d'ordre neurologique, sont fréquents chez les épileptiques atteints d'épilepsie dite idiopathique et on relève dans leurs antécédents des symptômes neuro-psychiques ; l'altération cérébrale primitive ne laisse aucune séquelle clinique importante et quand l'épilepsie se développe plus tard le malade est considéré comme atteint d'épilepsie essentielle. L'épilepsie traumatique, qui peut ne s'associer à aucun trouble intellectuel, montre la relation qui existe entre la lésion cérébrale acquise et le développement quelquefois tardif de l'épilepsie. On sait aujourd'hui que l'épilepsie peut être la conséquence lointaine d'un trauma obstétrical et que chez ces traumatisés tous les degrés existent entre les états de faiblesse intellectuelle et une intelligence normale.

Si l'on envisage les lésions microscopiques que l'on observe dans les encéphales de sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique et à l'autopsie desquels on n'a trouvé aucune lésion cérébrale macroscopique localisée, on peut déceler deux sortes de lésions chroniques : 1° des modifications dans l'architectonie des couches corticales ; 2° des foyers de sclérose névroglique.

Les modifications dans l'architectonie corticale sont inconstan-

tes ; elles ne s'observent que dans les cerveaux qui ont subi une injure pendant leur développement fœtal ou pendant les premières années de la vie ; elles sont donc une indication concernant l'époque où l'encéphale a été touché au cours de sa formation.

Les lésions de sclérose sont constantes ; elles peuvent être mises en évidence par diverses méthodes histologiques parmi lesquelles la méthode de Weigert pour la névroglie et celle d'Hortéga nous ont toujours donné les meilleurs résultats. Leurs caractères sont différents suivant les causes qui les ont provoquées. Chez les sujets dans les antécédents desquels on note un état méningé qui la plupart du temps s'est traduit par des convulsions infantiles, on note un développement hyperplasique de la névroglie marginale surtout accusé au niveau des symphyses méningo-corticales. Cette sclérose est étendue et généralement plus nette au niveau des lobes frontaux. Elle est constituée par un réseau d'astrocytes très fibrillaires, elle est d'autant moins accusée et diffuse et la couche des fibres tangentielles au Weigert-Pal est constituée par un feutrage d'autant mieux fourni que le sujet présentait une intelligence mieux développée.

Chez de nombreux épileptiques, la sclérose névroglique se présente sous forme de petits foyers corticaux disséminés dans le cerveau ; ces foyers sont le résultat cicatriciel de réactions encéphalitiques à des traumas obstétricaux ou à des maladies infectieuses de la première enfance, ou bien ils sont la conséquence d'un développement embryonnaire anormal du cerveau. Ces foyers scléreux peuvent prédominer dans certaines régions du cerveau et même avoir une tendance à se localiser soit dans des zones de moindre résistance, soit dans des formations en régression ou phytogénétiquement plus jeunes. C'est ainsi que la sclérose de la Corne d'Ammon et des olives bulbaires est souvent associée aux foyers corticaux. Il est plus rare de voir ces foyers se cantonner à une petite zone cérébrale constituant ainsi une zone épileptogène unique.

Les lésions scléreuses corticales dans l'épilepsie dite idiopathique n'ont aucun caractère spécifique. Elles entraînent une diminution fonctionnelle de l'écorce cérébrale et par suite un affaiblissement de son pouvoir frénateur sur les différents étages cérébraux sous-jacents. Ni la structure, ni la localisation de ces lésions ne permettent d'expliquer le déclanchement et le déroulement des accidents épileptiques ; il en est de même pour les épilepsies symptomatiques qui n'ont pas de fondement spécial anatomique puisqu'il peut être des plus divers (Prados et Such). De même que nous considérons qu'une tumeur de l'encéphale ou une cicatrice cérébrale traumatique forme le fonds des épilepsies tumo-

rales ou traumatiques, de même nous admettons que des lésions corticales cicatricielles, surtout si elles se sont formées au cours du développement du cerveau, constituent la base anatomique de l'épilepsie dite idiopathique. Quant à la cause immédiate entraînant la suspension du pouvoir frénateur cortical et par suite les accidents épileptiques, elle nous est inconnue et dépasse le cadre de l'explication lésionnelle. Des lésions organiques, qui sont des états statiques, ne peuvent pas donner l'explication de phénomènes dynamiques physio-pathologiques.

Chez de nombreux sujets, ces lésions chroniques cicatricielles une fois constituées ne se modifient plus et les sujets peuvent atteindre un âge avancé sans présenter de changement soit dans leur personnalité, soit dans les caractères et la fréquence de leurs accidents comitiaux. Chez d'autres, ces lésions restent progressives, ou, après s'être stabilisées pendant plusieurs années, reprennent un processus actif, qui suivant les cas, comme nous l'avons montré au début de ce travail, se traduit cliniquement par des accès plus intenses et plus fréquents, par des états de mal, soit par des troubles mentaux et surtout par un état d'affaiblissement intellectuel.

Les lésions scléreuses corticales dans cette forme évolutive épileptique présentent des caractères particuliers. Les cas les plus favorables pour leur étude sont ceux dans lesquels les sujets sont morts d'une affection intercurrente, car aux lésions scléreuses ne s'associent pas les lésions aiguës cérébrales, résultat de crises en série ou d'état de mal. Le processus scléreux, qu'il soit secondaire à des adhérences méningo-corticales primitives (méningo-encéphalite chronique), ou à des lésions d'encéphalite, est constitué par des astrocytes volumineux en voie de prolifération active. Suivant les cas, la sclérose envahit plus ou moins profondément le cortex, et même, dans certains cas, s'étend aux noyaux gris centraux. Il ne s'agit plus d'un simple tissu névroglique cicatriciel, mais d'une gliose envahissante.

Les causes de cette évolution restent souvent obscures. Il est possible que des modifications cérébrales, en particulier les troubles vaso-moteurs répétés en rapport avec les accès, aient une action sur le tissu scléreux cicatriciel primitif pour entraîner sa prolifération, mais cette pathogénie ne peut s'appliquer à tous les cas ; la sclérose évolutive s'observe chez des sujets dont les accès non seulement n'ont pas augmenté de fréquence, mais étaient devenus plus rares ; seule leur mentalité s'était modifiée.

PROJET D'UNE LÉGISLATION ANTI-ALCOOLIQUE

PAR

J. DUBLINEAU

Dans un précédent travail (1), a été posé le problème du placement, de la rééducation et de la surveillance des buveurs. Nous en rappellerons d'abord certains éléments essentiels.

L'alcoolisme, problème privilégié sur le plan de l'étude psychobiologique, devrait être également tel sur le plan législatif. Ce, pour deux raisons :

1° S'il est mal limité en clinique, du fait des interactions du toxique et du terrain, il l'est suffisamment en pratique, puisqu'il vise les sujets, qui, par excès ou intolérance, deviennent dangereux pour eux-mêmes ou autrui. Dès qu'un sujet boit, la Société doit avoir l'œil sur lui — qu'il boive trop, ou que, peu tolérant, il devienne dangereux au moindre abus. Dans les deux cas, il s'agit en même temps d'une cure à conduire et d'un problème de défense sociale à envisager.

2° Pourtant, bien que limité, le problème de l'alcoolisme se relie à nombre d'autres, qui, en France du moins, ne sont guère mieux résolus que lui au point de vue social. Cela tient à une série d'équivoques que nous nous attachons depuis longtemps à signaler, et qui sont importantes parce que leur persistance masque toujours tel ou tel aspect du problème.

A. — Equivoque sur les *limites de l'alcoolisme :*

a) Dans le buveur, le praticien de médecine générale ne voit que subsidiairement le cas psychiatrique. Pour lui, compte-tenu du delirium tremens, le buveur est essentiellement un malade

(1) Placement, rééducation et surveillance des buveurs. Rapport présenté devant la Société de médecine légale au nom de la Commission chargée de l'étude des « asiles de buveurs ». *Ann. de méd. légale*, 1943, pp. 79, 92.

du foie, du système nerveux : c'est l'alcoolique d'hôpital, auquel on veut bien reconnaître un psychisme spécial, mais sans poser dans son entier le problème psycho-socio-pathologique.

b) Le psychiatre, au contraire, aurait peut-être trop tendance à ne considérer le buveur qu'à travers sa spécialité. Le buveur, dit-on, est essentiellement un psychopathe. C'est vrai, mais à une condition : c'est que, contrairement à ce que l'on voit parfois dans la discussion des mesures qu'appelle l'alcoolisme, on ne considère pas le problème comme entièrement lié à une loi sur la psychopathie. L'alcoolisme, par nombre de côtés, en particulier par son versant médico-social, déborde le cadre de la psychopathie.

c) Pratiquement, entre le problème médical et le problème psychopathologique, les sous-tendant et les solidarisant à la fois, existe un problème structural, avec son double versant : psycho-caractérologique et biologique. Ce point doit être reconnu. On n'est pas forcément aliéné parce qu'on est alcoolique. Mais il n'est pas d'alcoolique qui ne doive faire l'objet d'un examen psycho-social (nous ne disons pas, à dessein : psychiatrique, ce qui est tout autre chose).

B. — Autre équivoque : dans le cadre des cas psychocaractériels, il faut distinguer *deux types*, qui appelleront souvent des mesures différentes :

a) Certains sont des caractériels mineurs, qu'on peut traiter dans un centre ouvert parce que demandant eux-mêmes le traitement, ou s'y soumettant de bonne grâce : le déprimé, le psychasthénique, l'obsédé, le cas social, certains débiles. On en trouvera beaucoup dans les hôpitaux, surtout parmi les gastropathes (les hépatiques sont en général plus atteints). On en trouvera également dans les consultations psychiatriques. Mais ces sujets ne se voient que rarement à l'asile.

b) D'autres sont de grands caractériels ; chez eux, l'alcoolisme s'accompagne de tares (constitutionnelles ou acquises) graves : instables, fugueurs, impulsifs, pervers. Il ne faut guère compter sur une cure bénévole. Cette cure sera nécessairement imposée. N'empêche qu'il est illogique (on l'a dit souvent), de considérer ces sujets lucides comme des aliénés au sens « Loi de 1838 ». Ce sont des sujets dangereux, à cure imposée, mais dans des conditions qui évitent de les assimiler au délirant ou au dément.

De toutes façons, le cas de ces sujets est exactement le même que celui des sujets dangereux *non alcooliques*. La distinction s'avérera fragile en pratique, surtout dans les grandes villes :

l'anormal en question est en effet très souvent un anormal arrosé, dont l'alcool n'a fait qu'aggraver les tendances.

Alors se pose une question. Est-il indiqué de préparer pour les buveurs dangereux un projet de loi, alors que le problème du psychopathe dangereux sera traité dans son ensemble lors des discussions prochaines pour la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ?

A cette question, nous pensons pouvoir répondre par l'affirmative. L'alcoolisme constitue, dans le cadre du danger social, un problème limité, plus facile à résoudre que d'autres ; c'est doublement, en effet, qu'il répond au critère du danger social : par les troubles du comportement d'abord, par les excès ensuite. D'autre part, si, au point de vue de la législation, il est lié au problème des psychopathes dangereux, il appelle tout de même en pratique, dans le traitement comme dans la conduite à tenir, des mesures particulières.

Dans ces conditions, légiférer pour l'alcoolique dangereux, c'est pratiquement édicter des mesures qu'il suffira demain d'étendre, avec l'avantage de l'expérience, à tous les types de sujets dangereux. Ainsi, une législation de l'alcoolique dangereux constitue-t-elle le lien entre la législation de la psychopathie et celle de l'alcoolisme.

C. — Enfin, dernier problème, surajouté aux précédents : le buveur peut être *délinquant ou non*, le délinquant pouvant, de son côté, présenter tous les types définis ci-dessus.

C'est dire que certains délinquants seront des sujets faciles (délinquants plus ou moins occasionnels). D'autres le seront peu ou prou, ces derniers comprenant soit des caractériels lucides, soit des aliénés vrais. Ces derniers iront rejoindre dans les centres spéciaux les autres aliénés délinquants ou criminels non buveurs, dont peu de critères les différencieront *en pratique*.

Donc, il faut nécessairement prévoir, derrière une distinction de principe entre délinquants et non délinquants, toute une série de modalités et de points de passage entre les deux catégories.

De même, toute législation du buveur devra comporter des modalités de passage entre les catégories psycho-médicales plus haut envisagées. On devra tenir compte, au-dessus de la notion de classification, des modifications éventuelles de l'état en fonction du traitement suivi et de l'évolution du cas.

Certes, actuellement, la loi du 30 juin 1838 est soumise à révision. Divers projets sont à l'étude. Certains préconisent une refonte complète, d'autres ne demandent que des révisions par-

tielles. Dans les deux cas, le problème du buveur appelle des mesures spéciales.

Il est donc utile de préparer une législation du buveur. C'est, au surplus, instructif, puisqu'à l'occasion d'un cas précis et limité, il est possible de penser au cas général, et d'agencer la loi en fonction de cette prévision.

Ces points étant admis, et le buveur, sous ces réserves, étant désormais seul en vue, rappelons d'abord que *toutes* les législations s'inspirent du principe de l'éducabilité du buveur, donc, de la nécessité de se placer sur le plan de la rééducation. Ce, pour une raison capitale, à savoir que l'alcoolisme est une résultante médico-sociale, un complexe auquel participent le terrain (constitutionnel ou acquis) et les contingences sociales. Qu'on s'attaque au premier ou aux seconds, il y a donc, en général, du point de vue pratique, « quelque chose à faire ». Deux domaines nous paraissent entre autres capitaux pour l'avenir : les techniques ventriculographiques, la vitaminothérapie.

Si nous nous décidons en France à accepter ces données, un grand pas en avant sera réalisé : le législateur comme le médecin se trouveront d'emblée sur un terrain connu. Il est en effet un domaine où (toutes choses égales d'ailleurs) les mesures médico-sociales ont chez nous pris corps à tous égards : c'est celui de l'enfance. Or, le problème du buveur doit, toutes proportions gardées, être traité comme celui de l'enfance difficile, malheureuse ou coupable.

Cette assimilation n'est pas nouvelle. On la trouve développée en particulier dans une thèse de droit récente (Barbier, 1935). Personnellement, elle nous a paru toujours s'imposer et nous considérons volontiers certaine section de notre service spécial d'alcooliques internés comme un centre (nous voudrions pouvoir écrire : comme un internat médico-pédagogique pour adultes difficiles).

Au total, un but doit dominer, tant pour la mesure à prendre que pour la méthode à suivre : celui de la *récupération sociale*. Cette récupération est à considérer sur le plan à la fois social et médico-légal. C'est dire qu'éventuellement, la notion de délit doit devenir subsidiaire chez le buveur. Comme pour l'enfant « coupable », l'autorité doit pouvoir être juge d'apprécier si — et dans quelle proportion — elle doit associer, voire substituer, à la sanction pénale classique une mesure rééducative.

Reste à passer aux actes. A ce titre, on le sait trop, les exemples ne manquent pas. Depuis cinquante ans, nombre d'auteurs,

chez nous, ont étudié les organisations étrangères, publié les résultats. Nous aurions eu scrupule à le refaire si des travaux récents n'avaient montré que, même à l'étranger, le problème reste à l'ordre du jour. Nous manquons, certes, sauf pour la Suisse où le Dr Bersot a publié récemment une étude fort suggestive (1), de documents récents sur les divers pays. Dans la mesure de ce que nous savons, il a paru nécessaire d'appuyer le présent projet sur l'expérience acquise. Aussi bien, tenterons-nous, dans un exposé préalable, de retenir l'essentiel de ces dispositions. Nous les comparerons éventuellement à certaines conceptions françaises touchant telle ou telle partie des problèmes en cause.

PREMIERE PARTIE

Esprit général et analyse critique des organisations étrangères et de certains projets français pour la protection sociale contre les buveurs.

La plupart des organisations étrangères comportent d'une part une législation, elle-même plus ou moins complète, d'autre part, un équipement d'assistance, permettant l'application pratique de la loi.

Législation et assistance concernent essentiellement le buveur non aliéné. C'est à ce dernier que, pour simplifier, nous nous limiterons d'abord. Mais il est clair qu'on ne peut pas se désintéresser du buveur aliéné. Il y a en effet des points de passage fréquents de l'un à l'autre, ne serait-ce que dans le fonctionnement des organismes. Avant de passer à l'exposé d'un projet d'organisation, nous nous arrêterons donc aussi sur le buveur aliéné.

I. — LE BUVEUR NON ALIÉNÉ

I. Législation

Ici encore, deux cas sont à envisager, selon que le buveur est, ou non, un délinquant. Mais cette distinction admise, nous verrons combien varient les législations étrangères. Certaines lois ne concernent que les buveurs non délinquants. D'autres, consi-

(1) Bersot (H.) : Les tâches de l'assistance aux alcooliques en Suisse, *Revue suisse d'hygiène*, 1943, fasc. 4/5. Nous remercions le Dr Bersot, du Landeron, des renseignements que ce dernier a bien voulu nous communiquer.

dérant le problème de plus haut, s'intéressent à la fois, (soit en un seul, soit en plusieurs textes) au buveur délinquant et au non délinquant. La plupart d'ailleurs, c'est là l'essentiel, établissent des points de passage entre les deux ordres de faits.

A) Buveurs non délinquants

C'est le cas-type, celui sur lequel nous insistons surtout, celui pour lequel en France rien n'existe. C'est pour lui qu'ont été définis par les lois étrangères :

1° des organismes spéciaux, entièrement originaux,

2° des modalités de placement.

a) Les organismes. — Ils sont de deux ordres, selon que la cure est menée en milieu ouvert ou fermé. Il faut prévoir en effet cette double éventualité, qui, par elle seule, assure à la loi une très grande souplesse d'application :

1° *Cure et assistance en milieu social.* — Elle suppose une double organisation :

sur le plan matériel : des dispensaires (Finlande, Belgique, etc.) analogues à ceux que nous connaissons en France sous le nom de « Consultations spéciales pour alcooliques » ;

sur le plan moral : la création d'une tutelle, à laquelle le buveur est soumis, en dehors de tout placement (Grande-Bretagne, Finlande, Suède, Norvège, divers cantons suisses, avant-projet belge de loi sur les buveurs). En fait, c'est une organisation que nous connaissons en France, sauf qu'elle n'y fonctionne que pour les mineurs : c'est la « liberté surveillée ».

2° *Cure en milieu sanatorial.* — Elle est prévue dans des établissements spéciaux, auxquels on applique avec une certaine insistance la dénomination de sanatoria pour buveurs. Cette appellation a l'avantage de poser nettement le problème du buveur :

1° en considérant celui-ci comme un malade à soigner,

2° en le distinguant de l'aliéné, qu'en effet il n'est pas. Si nous insistons sur ce point, c'est qu'en France, encore actuellement, une certaine confusion règne sur la question. Tout en reconnaissant à l'alcoolique des particularités qui rendent difficiles l'internement du buveur et son maintien à l'asile, certains verraient volontiers l'alcoolique interné comme un aliéné. L'étiquette même d'*asile de buveurs*, conservée encore chez nous jusqu'à ces derniers temps, entretenait cette équivoque, laquelle doit cesser.

Comme d'autre part l'usage, en France, réserve aux établissements de tuberculeux le nom de *sanatoria,* il nous a paru (et la Société de médecine légale, après les membres de la Commission spéciale de l'alcoolisme désignée par elle, a adopté ce point de vue) qu'il fallait, ici encore, aligner le problème sur celui de l'enfance et parler de « centres de rééducation pour buveurs », véritables internats médico-pédagogiques pour adultes à rééduquer.

Si le recrutement de ces établissements vise essentiellement les non-délinquants, les mêmes centres (sans préjudice de la création de centres spéciaux pour délinquants alcooliques) peuvent éventuellement, dans des conditions définies d'expertise et de décision, recevoir des délinquants (en particulier dans les cantons de Vaud, en Grande-Bretagne, dans l'avant-projet belge (art. 9) et dans d'autres pays). Ici encore, on ne manquera pas de relever l'analogie avec ce qui se passe dans les jugements des mineurs : les Tribunaux pour enfants confient en effet aussi bien les sujets à des Etablissements non pénitentiaires qu'aux Maisons d'éducation surveillée proprement dites.

b) Modalités de placement. — Ces modalités sont assez diverses et varient selon les états. On retrouve toutefois partout un souci constant : celui des *garanties* à apporter au placement. Garanties nécessaires à l'égard d'un sujet ni délinquant, ni aliéné, dont le déplacement dépendra autant — sinon plus — des données de l'enquête sociale que des résultats de l'examen clinique. C'est pourquoi l'on voit intervenir le plus souvent le *Tribunal* comme autorité de placement. C'est le cas pour plusieurs Etats des Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Hollande, le Brésil. Dans le projet de loi belge, le certificat médical est vérifié par le procureur, sans préjudice du placement possible par un officier du ministère public. En Suisse, interviennent — sur un plan différent — la Chambre des tutelles et le Conseil d'état (Lois de Vaud et de Genève). Enfin, en Suède et en Norvège, c'est également un Tribunal de tutelles qui intervient pour décider du placement.

Au total, et quelles que soient les modalités du placement, ce sont des magistrats qui interviennent dans ce placement. Le placement est ainsi, en dehors de toute délinquance, plus ou moins *judiciaire.*

Ici encore, on nous permettra d'insister. En France, en effet, le placement judiciaire a, pour les buveurs (comme d'ailleurs pour les sujets dangereux, non buveurs, non délinquants), été réclamé depuis longtemps. C'est lui qu'on trouve préconisé en

particulier dans les vœux de la section d'hygiène mentale du Conseil supérieur d'hygiène sociale, du 26 février 1940 ; de l'Académie de médecine, du 14 octobre 1941 ; de la Société de médecine légale, de janvier 1943. Par la suite, un certain flottement s'est manifesté. On a assisté, pour les maladies vénériennes, à un changement de doctrine : le placement, primitivement judiciaire (loi du 29 novembre 1939), a été ensuite transformé en un placement administratif par *l'autorité sanitaire,* émanation du Préfet.

Dans notre rapport de mai 1943 à la Société de médecine légale, nous nous sommes fait l'écho de l'avis particulièrement autorisé de M. X. Abély, partisan résolu, pour les alcooliques non délinquants, du placement par l'autorité sanitaire, sous le couvert de la commission médico-judiciaire, dont il sera parlé plus loin.

Dans un travail (1), sur la responsabilité de l'alcoolique, M. Derobert a adopté la solution du placement judiciaire. Ce dernier aurait, il faut le reconnaître, plusieurs avantages :

1° En premier lieu, il faut insister sur la difficulté d'un pronostic d'alcoolisme, difficulté qu'on ne retrouve pas pour les maladies vénériennes. Certes, nous disposerons à l'avenir, pour bien des cas, du dosage de l'alcool dans le sang. Mais ce dosage ne sera pas possible dans tous les cas. Encore, les résultats demandent-ils à être interprétés.

2° Il est donc nécessaire d'entourer la mesure de placement de garanties, pour lesquelles la présence active de la magistrature n'apparaît pas excessive.

3° Cette mesure offre au surplus une garantie d'appel (prévue d'ailleurs explicitement dans le projet de loi belge).

4° Enfin, et surtout, le placement judiciaire permettrait l'unification, sous l'égide du Tribunal, des mesures de défense sociale (présentes et à venir). Cette unification devrait permettre à son tour, par la suite, la spécialisation d'une Chambre en *Tribunal de défense sociale,* de même qu'existe un *Tribunal des enfants* ayant à connaître de tout ce qui concerne l'enfance difficile, malheureuse ou coupable.

Peut-être certaines préventions risqueraient-elles de se faire jour contre le terme de « judiciaire » pour des sujets qui ne sont pas délinquants. Nous croyons que ces préventions tomberont rapidement. Quoi qu'il en soit, et ce pour les raisons énu-

(1) Dérobert : La responsabilité de l'alcoolique, *Trav. de l'Inst. nat. d'hygiène,* pp. 253-277, Masson, 1 vol., 1944.

mérées plus haut, nous placerons désormais l'exposé sous le signe du placement judiciaire, avec les conséquences qu'il comporte.

B) Buveurs délinquants

La législation étrangère des buveurs délinquants n'a pas l'homogénéité relative de celle qui concerne les non-délinquants :

1° Tantôt, elle s'inscrit dans le texte de la précédente : ainsi la loi de Vaud prévoit que le condamné judiciaire peut être interné avec les buveurs non-délinquants (art. 6).

2° Tantôt, elle est incluse dans le code pénal général [Danemark, Allemagne (§ 421)]. Elle prévoit, dans ces cas, l'internement des buveurs dans un sanatorium spécial, soit à l'expiration, soit en substitution de la peine.

3° Tantôt, existent deux lois jumelées formant un tout ; en Grande-Bretagne, la loi sur les « Habituel Drunkards » se complète de l' « Inabriates Act ». Aux termes de ce dernier, sont prévus soit la surveillance, soit le placement du buveur délinquant dans un Reformatory.

4° Tantôt enfin, la loi est incluse dans le texte concernant les non délinquants, mais elle est complétée par une loi de Défense sociale sur les délinquants d'habitude et anormaux délinquants. C'est le cas pour la Belgique (ou du moins ce qui y est en projet). D'une part, en effet, l'avant-projet belge sur les buveurs envisage (art. 9) : *a*) l'observation éventuelle du délinquant (sur ordonnance du juge d'instruction et après avis d'un expert) dans un centre de buveurs ; *b*) la condamnation possible du buveur soit à la tutelle extérieure (liberté surveillée), soit au séjour en sanatorium spécial (en place de prison ou d'amende). D'autre part, existe une loi du 9 avril 1930, dite de « Défense sociale », où sont prévues : *a*) la procédure à suivre ; *b*) la création d'annexes psychiatriques des prisons pour tous les délinquants mentalement anormaux. Ces annexes (nous y insistons en passant) ont un rôle de rééducation. Elles sont donc très différentes des quelques timides réalisations françaises, lesquelles ne sont prévues, malgré leur appellation analogue, que pour une très courte observation. Le chapitre V de la loi prévoit le placement possible, dans ces annexes, des délinquants d'habitude et récidivistes. Le buveur n'est pas explicitement mentionné dans le texte, mais il est clair qu'il est directement intéressé par les applications pratiques de la loi.

Dans l'ensemble, pour les buveurs délinquants comme pour les non-délinquants, devront être prévus, dans le projet de loi futur, des organismes et des modalités de placement.

1° ORGANISMES. — Pour ces derniers, les mesures possibles s'avèrent devoir être très souples. Elles supposent en effet :

a) *soit la création*, pour les délinquants buveurs, de centres spéciaux, dépendant plus ou moins directement des prisons. Ce sont les « Etablissements de protection sociale » de Lisbonne et Camboulives, directement inspirés en fait des Etablissements belges similaires. D'ailleurs, aux termes mêmes de l'article 13 du projet Lisbonne et Camboulives (dont l'adoption a été réclamée par la Société de médecine légale au cours d'un vote récent) (1), les Etablissements de protection sociale à prévoir « pourront... être spécialement affectés à telle catégorie » de sujets mentalement anormaux. C'est évoquer là, implicitement, le problème du Centre spécial pour buveurs délinquants ;

b) *soit l'utilisation* par ces mêmes délinquants des centres ordinaires prévus pour les non-délinquants. Bien entendu, dans les uns comme dans les autres, doivent être mis en œuvre, comme il sera précisé plus loin, les mêmes principes rééducatifs.

2° MODALITÉS DE PLACEMENT. — Elles consacrent deux principes :

a) *l'intervention constante du Tribunal* dans la fixation de la mesure à prendre. En toute hypothèse, le placement est et reste un placement judiciaire ;

b) *la reconnaissance du caractère rééducatif* (pour partie ou en totalité) de la mesure à prendre à l'égard du buveur délinquant. La mesure de rééducation, selon l'appréciation du Tribunal, peut soit compléter, soit se substituer entièrement à une mesure de répression. Que la loi soit unique ou double, l'articulation est assurée entre les différents types d'organismes. C'est à l'autorité de prévoir le type de mesure (prison, prison complétée par le sanatorium, sanatorium seul, libertée surveillée sans placement). Ici encore, on ne peut que se référer à ce qui existe en France pour les mineurs délinquants. Toutes ces mesures sont en effet celles que prévoit notre législation sur les Tribunaux pour enfants.

(1) HEUYER : Rapport sur un projet de loi concernant les délinquants mentalement anormaux, *Ann. Méd. légale*, 1944, pp. 91-102.

C) Commission médico-judiciaire

Pour éclairer toutefois le Tribunal en matière de délinquants anormaux, la loi belge de 1930 a créé un organisme spécial, la *Commission médico-judiciaire* (Ch. III). Celle-ci est composée de trois membres et un magistrat, un membre du Barreau, un médecin de l'annexe psychiatrique. Elle désigne — au besoin en sollicitant l'avis d'un médecin étranger à l'administration (art. 15) — « l'Etablissement où l'internement aura lieu, ordonne, le cas échéant, le transfert de l'intéressé dans un autre Etablissement et statue sur sa mise en liberté, à l'essai ou à un titre définitif ».

En France, un organisme de ce genre est réclamé depuis longtemps. Il figure dans les projets de révision de la loi de 1838 sur les aliénés pour ce qui concerne les asiles de sûreté et les aliénés criminels (projet Hamel, Lalouet et Pierron). Il est demandé par H. Claude dans son projet sur les sujets anormaux non délinquants, par Lisbonne, Ducoudray et Camboulives, sous le nom de Commission de protection sociale, dans leur projet sur les délinquants mentalement anormaux.

Cette création, hautement désirable, est appelée à constituer le « point de jonction » de toutes les mesures juridiques, médicales et sociales prises à l'égard, tant (dès maintenant) du buveur que (par la suite) des aliénés criminels et des délinquants anormaux (buveurs ou non). Appelée à éclairer le Tribunal dans toutes les questions de choix d'établissement, de sortie ou de transfert, elle étendra son contrôle à la fois aux centres ordinaires de rééducation, aux centres spéciaux, ainsi qu'aux quartiers de sûreté des hôpitaux psychiatriques.

D) Régime civil des sujets placés dans les centres de buveurs ordinaires ou spéciaux

Aux termes du projet belge (art.12), « l'admission et le séjour dans un Etablissement pour buveurs alcooliques n'affectent en rien la capacité juridique de l'intéressé ».

Cette notion est capitale et l'on doit insister sur elle, car on a demandé en France que le régime du buveur placé soit purement et simplement celui de l'aliéné. Ce serait à notre avis créer un état de confusion préjudiciable à la notion que, précisément, le buveur n'est pas aliéné.

Toutefois, à défaut d'un mandataire désigné par le buveur, le

projet belge prévoit la nomination d'un administrateur provisoire.

Dans la loi de Genève (1927), l'interné peut, de même, donner procuration pour la question de ses biens, à moins que les circonstances exigent la désignation d'un « curateur aux biens » par le juge de paix (art. 8).

E) La durée du placement et le problème de la sortie

C'est un problème discuté que celui de savoir dans quelle mesure on peut admettre pour un sujet non délinquant, considéré comme malade, la fixation préalable d'une durée de placement. Beaucoup de psychiatres français sont hostiles à une telle mesure. Celle-ci (le fait de l'aliénation excepté, et ce, encore seulement au cas de non délinquance) semble pourtant adoptée dans les législations étrangères. Tout en reconnaissant comme légitime le principe de la non-limitation préalable, la Société de médecine légale s'est prononcée toutefois avec la commission pour une fixation préalable de la durée de placement.

Cette durée est de six mois dans le projet belge sur les buveurs, de six à douze mois dans la Loi de Vaud et de Genève. Elle peut aller (même pour un premier placement) jusqu'à un an en Finlande, un à deux ans en Suède et en Norvège, dix-huit mois au Danemark. La durée moyenne en Hollande serait de 220 jours.

D'une façon générale, la récidive fait doubler la durée de la mesure : un an dans le projet belge, deux ans en Suède et en Norvège, trois ans au Danemark. La durée possible est portée en Finlande de deux ans pour une première récidive, à quatre ans pour une troisième.

Pour le délinquant, la loi allemande prévoit que le séjour du buveur en sanatorium ne peut excéder deux ans. En Belgique, le buveur délinquant semble, sauf erreur, suivre présentement le sort prévu dans la loi de défense sociale, loi où des durées prolongées sont fixées pour le placement.

En réalité, toutes ces modalités de durée restent soumises à l'appréciation ultérieure et individuelle du cas (art. 5 de la loi de Vaud, 7 de la loi de Genève, 8 du projet belge). Toutes peuvent faire l'objet de révision, avec possibilité de réduction ou de prolongation. Dans tous ces cas, le rôle de la Commission médico-judiciaire apparaît comme devant être prépondérant.

II. Modalités pratiques de l'assistance aux buveurs à l'étranger

L'assistance comprend : 1° l'aménagement des établissements de cure ; 2° l'organisation et la surveillance des buveurs en liberté ; 3° le financement de l'organisation.

A) Aménagement des établissements de cure

Dans nombre de pays, des réalisations complètent, sur le plan pratique, la législation. Certains centres pour buveurs existent depuis longtemps (celui de Lintorf près Dusseldorf, en Allemagne, date de 1891).

1° Le sanatorium-type pour buveurs est représenté par la Maison familiale (Suisse, Etats-Unis, Allemagne, Angleterre). Il s'agit d'établissements publics ou privés, mais à faible effectif (20 à 50 pensionnaires), avec régime de liberté (type Ellikon, en Suisse), sous le signe de l'abstinence, avec traitement médical. La direction en doit être autant que possible médicale.

La plupart des maisons existantes sont prévues pour les hommes. Certaines, toutefois, sont mixtes (avec un faible pourcentage de femmes). La Hollande possède un centre réservé aux femmes. En Suisse, 60 lits sont réservés aux femmes (Bersot).

2° A côté de cet organisme-type, existent des *annexes psychiatriques* de prisons (Belgique) pour délinquants anormaux (y compris les buveurs) ou *sanatoria spéciaux* (Réformatories britanniques) pour buveurs délinquants.

B) Surveillance du buveur en liberté

1° Elle est centrée autour du *dispensaire*. Il existe en Suisse, actuellement, 73 de ces dispensaires. Bersot estime que ce chiffre est insuffisant, les dispensaires existants n'atteignant selon lui que le quart de la population. Il en existe dans d'autres pays (U.R.S.S., Hollande, Finlande).

Dans le projet belge de loi sur les buveurs (Ch. I), le dispensaire est en principe communal ou intercommunal. Il est géré par un comité local antialcoolique de trois à neuf membres nommés pour cinq ans.

2° Les comités de patronage proprement dits reçoivent des subsides officiels en Angleterre. Leur existence est plus ou moins

officiellement reconnue en Suisse. Il faut rapprocher d'eux les « comités de tempérance » fonctionnant en Suède et en Norvège. Ces derniers sont composés de trois membres et interviennent activement dans le dépistage, l'examen et le placement des buveurs. Eventuellement, ils assurent aussi la surveillance de ces derniers.

C) Financement de l'organisation

Dans la loi de Vaud et le projet belge, le paiement des frais de séjour est assuré par le sujet lui-même ou ceux qui en ont légalement la charge. La participation de l'Etat, aidé ou non par les communes, n'apparaît qu'en seconde main, au cas d'impécuniosité. Elle est plus ou moins complète pour les buveurs placés contre leur gré.

Plusieurs pays ont constitué, pour l'entretien de la lutte antialcoolique, des ressources tirées de la consommation même de l'alcool. C'est ainsi qu'en Argentine, existe un impôt sur les débitants de l'alcool (20 % sur les boissons, 20 % de la patente). A Genève, le dixième des recettes de l'impôt confédéral des alcools est consacré à la lutte contre l'alcoolisme. Enfin, les systèmes scandinaves dits de Gothemburg et de Bratt pour la vente des boissons alcooliques permettent à l'Etat de subventionner les œuvres d'assistance antialcoolique.

II. BUVEURS ALIÉNÉS

Actuellement, ni au point de vue législation, ni au point de vue assistance, le problème du buveur aliéné ne bénéficie en France d'une solution particulière. Il se traite dans le cadre général de la loi de 1838 sur les aliénés et dans celui de l'hôpital psychiatrique. Or, une solution au problème des buveurs aliénés s'impose. Elle est possible. Elle doit, ici aussi, être envisagée sous le double chef de la législation et de l'assistance.

I. Législation

L'un des buts essentiels de la législation réclamée pour les buveurs est de soustraire nombre d'alcooliques aux services d'aliénés, où ils ne sont guère plus à leur place, que ne le sont, en prison, certains buveurs délinquants.

Il reste, toutefois, la masse des sujets que leurs troubles men-

taux — aigus ou chroniques — amènent aux services, tant ouverts que fermés, de l'hôpital psychiatrique.

Or, l'hospitalisation, comme l'internement, ne constituent que des solutions provisoires. Dès la fin de l'épisode aigu ou subaigu, le sujet réclame une sortie qu'il est bien difficile de lui refuser. Dans les deux cas, la guérison clinique ne prend donc une valeur sociale que complétée par un séjour au centre de rééducation. Il y a donc une mesure à prendre et une mesure d'autorité, avec une prolongation probable du séjour, malgré l'amélioration clinique. La mesure déborde le plan médical. Elle rejoint les mesures judiciaires prises pour le buveur non aliéné (délinquant ou non). Elle ne peut se concevoir que sur le plan judiciaire.

Il est logique que le Tribunal intervienne. A plus forte raison si le buveur est non seulement aliéné, mais aussi délinquant. C'est alors, limité au buveur, le problème général de l' « aliéné criminel », pour lequel nul ne conteste la nécessité d'un tel type de placement.

II. Assistance

Comme complément à ces mesures, serait nécessaire la création dans le cadre de l'hôpital psychiatrique de *quartiers de sûreté* pour les aliénés criminels, buveurs ou non. Cette création est possible sans grands frais. Dans la Seine, existe déjà la section H. Colin de l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Pour que cette réalisation prenne son plein effet, il faut qu'elle s'appuie sur une loi. Pour qu'elle se généralise à l'ensemble des hôpitaux psychiatriques et trouve une population suffisante, il faut que la loi s'étende, au delà des buveurs aliénés et délinquants, à tous les aliénés criminels, buveurs ou non. En fait, la création des quartiers et *a fortiori* d'un asile de sûreté est, par ordre d'urgence, moins importante que la modification légale du régime des aliénés délinquants. Le buveur constituera la catégorie initiale sur laquelle portera cette modification. Il ouvrira indirectement la voie à la réforme de la loi de 1838 sur ce point.

III. — ORGANISATION GÉNÉRALE

Pour coordonner l'action antialcoolique, une organisation centrale doit être prévue. En Suisse, a été créée en mars 1945 une *commission fédérale contre l'alcoolisme* (Bersot) faisant office de conseil technique pour toutes questions concernant l'alcoolisme.

IV. — CONCLUSION

La législation sur les buveurs devra envisager les modalités les plus diverses, mais en tenant autant que possible à l'unité de conception. On favorisera à la fois l'unité du texte de loi et la diversité des organismes.

Unité du texte de loi. — Tous les problèmes, quel que soit le type de buveurs, se ramènent à un problème de défense sociale, lui-même inséparable d'un problème de liberté individuelle. Pour concilier ces deux notions, une autorité unique : le Tribunal. Pour éclairer le Tribunal, un organisme unique, à compétence à la fois médicale, juridique et sociale : la commission médico-judiciaire.

Mais cette unité doit être comprise dans un sens plus élevé ; au delà des buveurs, seuls envisagés ici, elle doit viser le sujet antisocial sous toutes ses formes, aliéné ou non, délinquant ou non. Le texte sera donc rédigé de telle façon que ces problèmes plus vastes puissent s'y intégrer par la suite sans difficulté. Là, doit résider à notre sens la véritable unité.

Diversité des organismes. — Chez le buveur, comme chez le « mineur », se pose en effet un problème de sélection ; tout peut s'observer, depuis le buveur tranquille et facile, acceptant le traitement et le placement, jusqu'à l'aliéné irresponsable, en passant par le déséquilibré caractériel (chacun de ces types pouvant être à son tour délinquant ou non). Diversité d'organismes, certes, mais conçue toutefois, ici encore, sous un double signe d'unité :

1° dans tous les cas, pour ce qui est du buveur, une conception médico-sociale univoque : celle du traitement et de la rééducation sociale, quelle que soit la formule administrative (administration sanitaire, pénitentiaire, etc...) de l'organisme envisagé ;

2° comme pour le texte de loi, on tendra, en matière d'organismes, à regarder plus loin que le buveur. On pensera à la masse des anormaux caractériels, délinquants ou non, aliénés ou non, pour lesquels, également, des organismes sont à prévoir. La mise en place des organismes pour buveurs, les techniques qui y seront utilisées doivent constituer un premier temps d'organisation et pouvoir s'intégrer naturellement dans un plan ultérieur plus général en faveur de la rééducation sociale des adultes « inadaptés » ou « difficiles » (que ce plan soit autonome ou inclus dans la nouvelle législation de la psychopathie).

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

fondée le 27 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867

LISTE
des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société médico-psychologique (1852-1946)

Présidents (1)

1852-1853	MM. Ferrus.
1853-1854	Gerdy.
1854-1855	Buchez.
1855-1856	Parchappe.
1856-1857	Peisse.
1857-1858	Baillarger.
1858-1859	Cerise.
1859-1860	Trélat.
1861	Brierre de Boismont.
1862	Adolphe Garnier.
1863	Delasiauve.
1864	J.-J. Moreau de Tours.
1865	Girard de Cailleux.
1866	Félix Voisin.
1867	Paul Janet.
1868	Brochin.
1869	Constans.
1870-1871	Lasègue.
1872	Jules Falret.
1873	Lunier.
1874	Loiseau.
1875	Blanche.
1876	Dumesnil.
1877	MM. Billod.
1878	Baillarger.
1879	Prosper Lucas.
1880	Legrand du Saulle.
1881	Luys.
1882	Dally.
1883	Motet.
1884	A. Foville.
1885	H. Dagonet.
1886	Armand Semelaigne.
1887	Magnan.
1888	Cotard.
1889	Jules Falret.
1890	Ball.
1891	Bouchereau.
1892	Théophile Roussel.
1893	Christian.
1894	Auguste Voisin.
1895	Paul Moreau de Tours.
1896	Eugène Charpentier.
1897	Paul Garnier.
1898	Meuriot.
1899	Jules Voisin.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société médico-psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1900	MM. MAGNAN.	1925	MM. ROUBINOVITCH.
1901	JOFFROY.	1926	SOLLIER.
1902	MOTET.	1927	LEGRAIN.
1903	Gilbert BALLET.	1928	Raoul LEROY.
1904	BRUNET.	1929	Pierre JANET.
1905	VALLON.	1930	CAPGRAS.
1906	BRIAND.	1931	Henri CLAUDE.
1907	DENY.	1932	MARCHAND.
1908	SÉGLAS.	1933	Georges DUMAS.
1909	LEGRAS.	1934	MIGNOT.
1910	ARNAUD.	1935	Th. SIMON.
1911	SÉRIEUX.	1936	VURPAS.
1912	KLIPPEL.	1937	René CHARPENTIER.
1913	René SEMELAIGNE.	1938	FILLASSIER.
1914-1916	VIGOUROUX.	1939	LAIGNEL-LAVASTINE.
1917	CHASLIN.	1940	GUIRAUD.
1918	Henri COLIN.	1941	Achille DELMAS.
1919	DUPAIN.	1942	A. BARBÉ.
1920	TRÉNEL.	1943	H. BEAUDOUIN.
1921	PACTET.	1944	J. LHERMITTE.
1922	TOULOUSE.	1945	A. BAUDOUIN.
1923	ANTHEAUME.	1946	G. DEMAY.
1924	TRUELLE.		

Secrétaires généraux

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1882-1920	MM. RITTI.
1856-1858	CERISE.	1920-1930	Henri COLIN.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1936-1940	COURBON.
1862-1866	BROCHIN.	1941-1942	J. VIÉ.
1867-1873	LOISEAU.	1943-1946	J. DUBLINEAU.
1873-1881	MOTET.		

Trésoriers-Archivistes

1852-1855	MM. MICHÉA.	1903-1908	MM. ANTHEAUME.
1855-1861	BROCHIN.	1908-1920	PACTET.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1921-1931	R. MALLET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1931-1936	Mme THUILLIER-LANDRY.
1893-1897	Jules VOISIN.	1937-1946	M. G. COLLET.
1898-1902	BRUNET.		

BUREAU POUR 1946

Président : M. Georges DEMAY.
Vice-Président : M. Eugène MINKOWSKI.
Secrétaire général : M. Jean DUBLINEAU.
Trésorier-Archiviste : M. Georges COLLET.
Secrétaires des séances : MM. Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

LISTE DES MEMBRES établie le 28 janvier 1946 (1)

Membres titulaires honoraires (17)

Membres titulaires depuis :

1888. MM. DUPAIN.
1893. PACTET.
— SÉRIEUX.
1895. Pierre JANET.
— ROUBINOVITCH.
1896. TOULOUSE.
1899. NAGEOTTE.
1910. PIÉRON.
1911. CAPGRAS.

Membres titulaires depuis :

1912. MM. MARCHAND.
— MIGNOT.
1920. Th. SIMON.
1930. GUILLAIN.
— André THOMAS.
1931. HALBERSTADT.
— Jean LÉPINE.
— RAYNEAU.

Membres titulaires (93)

Membres titulaires depuis :

1911. MM. VURPAS.
— René CHARPENTIER.
1913. MM. FILLASSIER.
— LAIGNEL-LAVASTINE.

Membres titulaires depuis :

1919. MM. Ach. DELMAS.
— DEVAUX.
1920. BARBÉ.
— MEURIOT.

(1) Les candidats au titre de *membre titulaire, membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.
La liste des *membres associés étrangers* sera publiée dans un prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*.

Membres titulaires depuis :

1923. MM. Georges Dumas.
— Bussard.
1924. Lhermitte.
— Guiraud.
1926. Courbon.
— Logre.
1927. D. Santenoise.
— H. Beaudouin.
— Minkowski.
1930. Demay.
— Heuyer.
— Xavier Abély.
— A. Baudouin.
— Fribourg-Blanc.
— Genil-Perrin.
— Maillard.
— Sengès.
— Tinel.
— Wallon.
1931. Paul Abély.
— Ceillier.
— Vinchon.
— Henri Baruk.
— A. Borel.
— Collet.
— Hartenberg.
— Mme Thuillier-Landry.
— MM. Targowla.
— Péron.
— Bonhomme.
— Gouriou.
— Abadie.
— Ameline.
— Aubry.
— Jacques Baruk.
— P. Combemale.
— Desruelles.
— Euzière.
— Guichard.
— J. Hamel.
— Hesnard.
— Lagriffe.
— Lauzier.

Membres titulaires depuis :

1931. MM. Nayrac.
— A. Porot.
— Raviart.
— Vieux.
— Bourguignon.
— Vignaud.
— Largeau.
1932. Cénac.
1933. Carrette.
1934. Brissot.
— Lerat.
1935. Porc'her.
— Mme Minkowska.
1937. MM. Pommé.
— Brousseau.
— Martimor.
— Allamagny.
— Villey-Desmeserets.
1938. Pfersdorff.
— Chatagnon.
1939. H. Roger.
— Beaussart.
— Gauthier.
— Le Savoureux.
— Dublineau.
1940. Montassut.
— Henri Ey.
— Bessière.
— Picard.
1941. Mlle Cullerre.
— MM. Delay.
1942. Menuau.
— Quercy.
— Rondepierre.
— Delmas-Marsalet.
— Hyvert.
1943. Cossa.
1944. Frantz Adam.
— Riser.
1945. A. Le Grand.
— J. Dechaume.
1946. Masquin.

Membres Correspondants Nationaux (160)

Membres correspondants depuis :

1903. MM. Chénais.
1904. Vernet.
1905. V. Parant.
— Perpère.
1913. Voivenel.
1918. Gilles.
— J. Courjon.
1919. Boudon.
— Benon.
1920. Vian.
1921. Molin de Teyssieu.
1922. Eissen.
1923. Ch. Reboul-Lachaux.
1924. Prince.
1925. G. Paul-Boncour.
— Gilbert Robin.
1930. Alajouanine.
— Delaville.
— Schaeffer.
— Schiff.
1931. Barré.
— Daday.
— Dumolard.
— Gonnet.
— Macé de Lépinay.
— Meignant.
— Paul Delmas.
— Lamache.
— Grimbert.
— Labuchelle.
— Ernst.
— Perrussel.
— Artur.
— Fromenty.
1932. Mestrallet.
— P. Lassalle.
— Morat.
— Ombrédane.
— Trivas.
Burckard.
— Le Guillant.
1933. Cuel.
— Pichard.
— Daussy.
— Potet.

Membres correpondants depuis :

1934. MM. Donnadieu.
— Lôo.
— Caron.
— Léculier.
— Mareschal.
— Lacan.
— Mme Volkringer.
— MM. Bargues.
— Frey.
1935. Lagache.
— Got.
— Durand-Saladin.
— J. Lassale.
— Christy.
— Dupytout.
— Trillot.
— Rémi Courjon.
— Leclercq.
— Sivadon.
— Rouart.
— J. Borel.
— Leulier.
— Casalis.
— Mme Humbert-Derombies.
— M. Rubenovitch.
1936. Mme Masson.
— Mlle Deschamps.
— MM. Mans.
— Tusques.
— Aubin.
— Crémieux.
— Vullien.
— Feuillade.
— Teulié.
1937. Male.
— Pottier.
— Briau.
— Gardien.
— Pierson.
— Puech.
— L. Anglade.
— Daumézon.
— Mme Crozet.
— MM. Doussinet.
— Jean Royer.

Membres correspondants depuis :

1938. MM. Ferdière.
— Scherrer.
— Thuillier.
— David.
— Beley.
— Leconte.
— Frétet.
— Fail.
— Ducoudray.
— Gallot.
— Soulairac.
1939. Alliez.
— Pierre Royer.
— Bardenat.
— Marcel Rougean.
— Fortineau.
— J. Sutter.
— Géraud.
— Longuet.
1940. Chanès.
— Menger.
— Parcheminey.
— Couléon.
— Mlle Rousset.
— MM. Adnès.
1941. Lamarche.
— Aubrun.
— A. Sizaret.
— Tison.
— Michaux.
1942. Devallet.
— Vidart.
— Coulonjou.
— Mlle Jacob.
— M. Bouvet.

Membres correspondants depuis :

1942. MM. Neveu.
— Fau.
— J.-Fr. Buvat.
— Maurice.
— Dérobert.
— Valence.
— Furet.
— Hugues.
1943. Mlle Jouannais.
— MM. Fouquet.
— Hazemann.
— Bonnafé.
— Hécaen.
— Rivière.
— Perrot.
— Pagès.
— M. Porot.
— Laboucarié.
— Perrin.
1944. Carrot.
— Duchêne.
— Follin.
— Giscard.
— Coulon.
— Letailleur.
1945. Bachet.
— Bernard.
— Desclaux.
— J. Naudascher.
— G. Néron.
— Mme Dreyfus-Moreau.
— MM. Charlin.
— J. Carrier.
— P. Girard.
— D. Colomb.

Nous donnons ci-après la liste et les adresses des membres titulaires honoraires, des membres titulaires et des correspondants nationaux, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Membres titulaires honoraires (17)

MM. Capgras (Joseph), 9, rue Joseph-Boudot, à Dijon (Côte-d'Or). — *29 janvier 1906.*

Dupain (Jean-Marie), 201, rue du Temple, Paris (IIIe). — *25 juin 1888.*

Guillain (Georges), 215 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). — *22 décembre 1930.*

Halberstadt (Grégoire), 45, avenue Gambetta, Hyères (Var). — *24 novembre 1919.*

Janet (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VIIe). — *28 janvier 1895.*

Lépine (Jean), 22, rue Claude-Jusseaud, à Sainte-Foy-lès-Lyon (Rhône). — *22 février 1909.*

Marchand (L.), 47, rue Falguière, Paris (XVe). — *25 mars 1901.*

Mignot (Roger), 2, avenue de l'Orangerie, Le Perreux (Seine). — *26 juin 1905.*

Nageotte (Jean), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe). — *25 juillet 1898.*

Pactet (Fl.), à Mont-sous-Vaudrey (Jura). — *29 février 1892.*

Piéron (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *27 avril 1903.*

Rayneau (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIVe). — *28 mai 1909.*

Roubinovitch (Jacques), 3, rue de Médicis, Paris (VIe). — *27 juin 1892.*

Sérieux (Paul), Hôpital psychiatrique, à Alençon (Orne). — *25 janvier 1892.*

Simon (Théodore), 2, rue de Fleurus, Paris (VIe). — *24 mai 1909.*

Thomas (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIIIe). — *22 décembre 1930.*

Toulouse (Edouard), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIVe). — *27 juin 1892.*

Membres titulaires (93)

MM. Abadie (Jean), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — *29 mai 1922.*

Abély (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *30 juin 1924.*

Abély (Xavier), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *27 juin 1921.*

Adam (Frantz), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — *23 février 1931.*

Allamagny (P.), 31, avenue des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *29 mars 1921.*

Ameline (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — *30 mai 1910.*

Aubry (J.-M.-E.), 7, rue E. Gallé, Laxou (Meurthe-et-Moselle). — *28 mai 1931.*

Barbé (André), 39, rue de l'Université, Paris (VIIe). — *24 avril 1911.*

Baruk (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — *26 janvier 1931.*

MM. BARUK (Jacques), 19, rue Mirabeau, à Angers (Maine-et-Loire). — *26 décembre 1910.*

BAUDOUIN (Alphonse), 5, rue Palatine, Paris (VIe). — *22 décembre 1930.*

BEAUDOUIN (Henri), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *29 septembre 1924.*

BEAUSSART (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *25 novembre 1912.*

BESSIÈRE (René), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *24 octobre 1938.*

BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — *27 novembre 1916.*

BOREL (Adrien), 11, quai aux Fleurs, Paris (IVe). — *29 décembre 1923.*

BOURGUIGNON (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — *22 décembre 1930.*

BRISSOT (Maurice), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — *27 juin 1921.*

BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVIe). — *30 janvier 1922.*

BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — *29 juillet 1907.*

CARRETTE (Paul), Clinique médicale du Château de Saumery, à Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher). — *31 mai 1926.*

CEILLIER (André), 10, Cité Vaneau, Paris (VIIe). — *28 mai 1923.*

CÉNAC (Michel), 4, rue de Babylone, Paris (VIe). — *28 juin 1926.*

CHARPENTIER (René), 27, avenue de la Costa, à Monte-Carlo. — *30 décembre 1907.*

CHATAGNON (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *28 juin 1938.*

COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — *23 février 1914.*

COMBEMALE (Pierre), 128, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — *28 mai 1931.*

COURBON (Paul), 48, rue d'Alésia, Paris (XIVe). — *18 décembre 1916.*

COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — *22 juin 1931.*

Mlle CULLERRE (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — *18 décembre 1934.*

MM. DECHAUME (Jean), 16, quai de Tilsitt, à Lyon (Rhône). — *26 novembre 1934.*

DELAY (Jean), 53, avenue Montaigne, Paris (VIIIe). — *27 février 1939.*

DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — *26 avril 1909.*

DELMAS-MARSALET (Paul), 144, rue Abbé-de-l'Epée, à Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

DEMAY (Georges), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 juillet 1914.*

DESRUELLES (Maurice), Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *26 janvier 1931.*

DEVAUX (Albert), 23, rue Pradier, Ville-d'Avray (Seine-et-Oise). —

MM. DUBLINEAU (Jean), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 février 1933.*

DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VIe). — *28 juillet 1890.*

EUZIÈRE (Jean), 18, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — *28 mai 1931.*

EY (Henri), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — *27 juin 1932.*

FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *27 juin 1910.*

FRIBOURG-BLANC (André), 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — *22 décembre 1930.*

GAUTHIER (Maurice), Médecin-Général, 51, rue d'Isly, Alger. — *26 novembre 1934.*

GENIL-PERRIN (Georges), 63, boulevard Raspail, Paris (VIIe). — *29 décembre 1919.*

GOURIOU (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *27 avril 1931.*

GUICHARD (Valentin), 7, boulevard de Cessole, à Nice (Alpes-Maritimes). — *28 mai 1931.*

GUIRAUD (Paul), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *27 novembre 1922.*

HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *28 mai 1931.*

HARTENBERG (Paul), 64, rue de Monceau, Paris (VIIIe). — *24 juin 1907.*

HESNARD (André), 47 *bis*, Littoral Frédéric Mistral, à Toulon (Var). — *29 décembre 1923.*

HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VIIe). — *27 décembre 1926.*

HYVERT (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — *26 janvier 1931.*

LAGRIFFE (Lucien), 14, place Mescloaguen, à Quimper (Finistère). — *18 décembre 1905.*

LAIGNEL-LAVASTINE (Maxime), 12 *bis*, place Laborde, Paris (VIIIe). — *28 juillet 1913.*

LARGEAU (Robert), 29, rue de Clichy, Paris (IXe). — *22 décembre 1930.*

LAUZIER (Jean), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — *26 mars 1928.*

LE GRAND (André), 27, rue de la Bassée, à Lille (Nord). — *23 avril 1934.*

LERAT (H.), Hôpital psychiatrique de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — *28 juillet 1913.*

LE SAVOUREUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — *24 juin 1935.*

LHERMITTE (Jean), 9, rue Marbeuf, Paris (VIIIe). — *28 avril 1924.*

LOGRE (B.), 1, rue de Cérisoles, Paris (VIIIe). — *28 juin 1920.*

MAILLARD (Gaston), 2, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — *22 décembre 1930.*

MARTIMOR (Emmanuel), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *23 mai 1932.*

MASQUIN (Pierre), 1, rue Petite-Fusterie, à Avignon (Vaucluse). — *23 mai 1932.*

MENUAU (Pierre), Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise). — *22 décembre 1938.*

MM. Meuriot (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — *27 décembre 1920.*

Mme Minkowska (Françoise), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIVe). — *25 mai 1925.*

MM. Minkowski (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIVe). — *25 mai 1925.*

Montassut (Marcel), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *28 juin 1928.*

Nayrac (Paul), 645, avenue de la République, à Lille (Nord). — *28 mai 1931.*

Péron (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *26 janvier 1931.*

Pfersdorff (Charles), 6, quai Saint-Nicolas, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *24 janvier 1938.*

Picard (Jean), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — *28 novembre 1932.*

Pommé (Bernard), 47, avenue Julien, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *26 novembre 1934.*

Porc'her (Yves-J.-M.), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *23 janvier 1933.*

Porot (Antonin), Clinique Saint-Raphaël, El Biar (Algérie). — *25 novembre 1912.*

Quercy (Pierre), Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — *23 décembre 1922.*

Raviart (Georges), 91, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — *29 mai 1922.*

Riser (Marcel), 1, rue Pont-de-Tounis, Toulouse (Hte-Garonne). — *22 mai 1944.*

Roger (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *25 avril 1932.*

Rondepierre (Jacques), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *23 décembre 1932.*

Santenoise (Daniel), 78, avenue de La Bourdonnais, Paris (VIIe). — *26 novembre 1923.*

Sengès (Noël), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *22 décembre 1930.*

Targowla (René), 169, rue de l'Université, Paris (VIIe). — *29 décembre 1923.*

Mme Thuillier-Landry (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VIIe). — *26 janvier 1931.*

MM. Tinel (Jean), 254, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). — *22 décembre 1930.*

Vieux (Numa), à Divonne-les-Bains (Ain). — *24 juin 1912.*

Vignaud (Jean-Baptiste), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). — *28 novembre 1927.*

Villey-Desmeserets (Georges), 130, rue de la Glacière, Paris (XIIIe). — *23 février 1931.*

Vinchon (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VIIe). — *27 juin 1921.*

Vurpas (Claudius), 161, rue de Charonne, Paris (XIe). — *27 juillet 1903.*

Wallon (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVIe). — *22 décembre 1930.*

Membres correspondants nationaux (160)

MM. ADNÈS (André), Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — *16 décembre 1940.*

ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe). — *22 décembre 1930.*

ALLIEZ (Joseph), 26, rue Delanglade, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *27 février 1939.*

ANGLADE (Louis), Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche). — *22 novembre 1937.*

ARTUR (René), 81, rue de Fougères, Rennes (Ille-et-Vilaine). — *22 juin 1931.*

AUBIN (Henri), 31, boulevard Hippolyte-Giraud, à Oran (Algérie). — *26 octobre 1936.*

AUBRUN (Witold), 73, rue de Courcelles, Paris (VIIIe). — *27 octobre 1941.*

BACHET (M.), 20, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe). — *26 mars 1945.*

BARDENAT (Roger), Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, Algérie. — *27 mars 1939.*

BARGUES (Roger), 9, rue Floirac, Agen (Lot-et-Garonne). — *26 novembre 1934.*

BARRÉ (Jean-André), Clinique neurologique, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *26 janvier 1931.*

BELEY (André-P.-L.), 10, route de la Torchaise, à Poitiers (Vienne). — *27 juin 1938.*

BENON (R.-L.), Le Pédillou, Rou-Marson, par Bagneux (Maine-et-Loire). — *24 novembre 1919.*

BERNARD (Paul), Hôpital psychiatrique de Lommelet (Nord). — *26 mars 1945.*

BONNAFÉ (Lucien), Ministère de la santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe). — *22 février 1943.*

BOREL (Jacques), Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées). — *23 décembre 1935.*

BOUDON (Louis), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). — *28 juillet 1919.*

BOUVET (Maurice), 175, rue de la Convention, Paris (XIVe). — *26 mai 1942.*

BRIAU (Raymond), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — *24 mai 1937.*

BURCKARD (Edouard), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). — *27 juin 1932.*

BUVAT (Jean-François), 130, rue de la Glacière, Paris (XIIIe). — *26 octobre 1942.*

CARON (Marcel), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *25 juin 1934.*

CARRIER (Jean), 168, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — *26 novembre 1945.*

CARROT (E.), Service de neuro-psychiatrie, Hôpital du Val-de-Grâce, Paris (Ve). — *27 mars 1944.*

CASALIS (Bernard-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 décembre 1935.*

MM. CHANÈS (Charles), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *22 janvier 1940.*

CHARLIN (A.), Hôpital du Val-de-Grâce, Paris (Ve). — *28 mai 1945.*

CHÉNAIS (Louis), 14, rue Pasteur, Paimpol (Côtes-du-Nord). — *30 mars 1903.*

CHRISTY (Henri-Ed.), Hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon (Rhône). — *24 juin 1935.*

COLOMB (Daniel), 58, rue Ambroise-Cottet, à Troyes (Aube). — *26 novembre 1945.*

COULÉON (Henri), Hôpital psychiatrique de Pontorson (Manche). — *18 mars 1940.*

COULON (Georges), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe). — *27 novembre 1944.*

COULONJOU (Roger), 18, rue Branda, Brest (Finistère). — *23 mars 1942.*

COURJON (Jean), rue de la République, Meyzieux (Isère). — *29 juillet 1918.*

COURJON (Rémi), Maison de Santé de Meyzieux (Isère). — *28 octobre 1935.*

CRÉMIEUX (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 octobre 1936.*

Mme CROZET, Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente). — *22 novembre 1937.*

MM. CUEL (Jean-R.), 16, rue Littré, Paris (VIe). — *23 janvier 1933.*

DADAY (Pierre), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — *26 janvier 1931.*

DAUMÉZON (Georges), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *22 novembre 1937.*

DAUSSY (Henri), Hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan). — *26 juin 1933.*

DAVID (Marcel), 4, rue Galliera, Paris (XVIe). — *28 février 1938.*

DELAVILLE (Maurice), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe). — *22 décembre 1930.*

DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — *23 février 1931.*

DÉROBERT (Léon), 1, rue Clovis, Paris (Ve). — *23 novembre 1942.*

Mlle DESCHAMPS (Andrée), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *24 février 1936.*

MM. DESCLAUX (Pierre), 19, rue de Bourgogne, Paris (VIIe). — *26 mars 1945.*

DEVALLET (Jacques), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — *23 février 1942.*

DONNADIEU (André), Colonie familiale de Chézal-Benoît (Cher). — *28 mai 1934.*

Mme DREYFUS-MOREAU (Jacqueline), 16, rue de Sèvres, Paris (VIIe). — *28 mai 1945.*

MM. DOUSSINET (Pierre), Hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *22 novembre 1937.*

DUCHÊNE (Henri), 107, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe). — *27 mars 1944.*

DUCOUDRAY (J.), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — *22 décembre 1938.*

DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — *26 janvier 1931.*

MM. DUPYTOUT (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — *24 juin 1935.*

DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *24 juin 1935.*

EISSEN (Jean), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). — *26 juin 1922.*

ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — *28 mai 1931.*

FAIL (Gabriel), Hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée). — *24 octobre 1938.*

FAU (René), 18, rue Thiers, à Grenoble (Isère). — *22 juin 1942.*

FERDIÈRE (Gaston), Hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron). — *24 janvier 1938.*

FEUILLADE (Maurice), 19 *bis*, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — *23 novembre 1936.*

FOLLIN (Sven), Hôpital psychiatrique de St-Venant (Pas-de-Calais). — *27 mars 1944.*

FORTINEAU (Jean), 125, rue Paul-Bellamy, à Nantes (Loire-Inférieure). — *27 mars 1939.*

FOUQUET (Pierre), 32, rue Théophile-Gautier, Paris (XVIe). — *25 janvier 1943.*

FRETET (Jean), Hôpital psychiatrique de Pulet, à Agen (Lot-et-Garonne). — *24 octobre 1938.*

FREY (Bernard), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — *18 décembre 1934.*

FROMENTY (Louis), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — *28 décembre 1931.*

FURET (Arthur), Néris-les-Bains (Allier). — *21 décembre 1942.*

GALLOT (M.), 2, rue Rosa-Bonheur, Paris (XVe). — *22 décembre 1938.*

GARDIEN (Pierre-Etienne), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — *25 octobre 1937.*

GÉRAUD (Jean), 13, place Esquirol, à Toulouse (Haute-Garonne). — *18 décembre 1939.*

GILLES (André), Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées). — *29 avril 1918.*

GIRARD (Paul), 40, boulevard des Belges, Lyon (Rhône). — *26 novembre 1945.*

GISCARD (Pierre), Hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *27 mars 1944.*

GONNET (André), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — *26 janvier 1931.*

GOT (Roger), Hôpital psychiatrique de Navarre, par Evreux (Eure). — *25 mars 1935.*

GRIMBERT (Charles), 11, rue Duroc, Paris (VIIe). — *30 mars 1931.*

HAZEMANN (Robert), 17, rue Thouin, Paris (V^e^). — *25 janvier 1943.*

HÉCAEN (Henri), Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche). — *22 février 1943.*

HUGUES (Paul), Hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle, à Montpellier (Hérault). — *21 décembre 1942.*

Mme HUMBERT-DEROMBIES (Madeleine), Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, près Dôle (Jura). — *23 décembre 1935.*

Mlles JACOB (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Clermont (Oise). — *23 mars 1942.*

MM. JOUANNAIS (Simone), Hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — *25 janvier 1943.*

LABOUCARIÉ (Jean), Maison de Santé d'Aufréry, Balma (Haute-Garonne). — *22 novembre 1943.*

LABUCHELLE (Marcel), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

LACAN (Jacques), 97, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe). — *22 octobre 1934.*

LAGACHE (Daniel), Palais de l'Université, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *28 janvier 1935.*

LAMACHE (Alexandre), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — *23 février 1931.*

LAMARCHE (André), 23, boulevard Bab-Benat, à Tunis. — *28 juillet 1941.*

LASSALE (Jean), 16, rue Victor-Hugo, à Lyon (Rhône). — *24 juin 1935.*

LASSALLE (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auch (Gers). — *22 février 1932.*

LECLERCQ (Pierre), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *28 octobre 1935.*

LECONTE (Maurice), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — *24 octobre 1938.*

LÉCULIER (Pierre), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — *25 juin 1934.*

LE GUILLANT (Louis), Ministère de la santé publique, 8, avenue de l'Opéra, Paris. — *27 juin 1932.*

LETAILLEUR (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *27 novembre 1944.*

LEULIER (Pierre-Marie), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 décembre 1935.*

LONGUET (Yves), 87, rue Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — *18 décembre 1939.*

LÔO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *28 mai 1934.*

MACÉ DE LÉPINAY (Charles), Néris-les-Bains (Allier). — *26 janvier 1931.*

MALE (Pierre), 6, rue de Bellechasse, Paris (VIIe). — *22 février 1937.*

MANS (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *27 avril 1936.*

MARESCHAL (Pierre), Tunis (Tunisie). — *25 juin 1934.*

Mme MASSON (Agnès), Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse). — *27 janvier 1936.*

MM. MAURICE (Henri), 37, rue Desjardins, à Angers (Maine-et-Loire). — *26 octobre 1942.*

MEIGNANT (Paul), 29, rue Victor-Hugo, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *26 janvier 1931.*

MENGER (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord). — *22 janvier 1940.*

MESTRALLET (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — *26 janvier 1932.*

MICHAUX (Léon), 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris (VIIIe). — *25 janvier 1942.*

MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 16, quai Louis XVIII, à Bordeaux (Gironde). — *28 novembre 1921.*

MM. Morat (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — *22 février 1932.*

Naudascher (Jean), 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *23 avril 1945.*

Néron (Guy), St-Jean-aux-Bois (Oise). — *26 mars 1945.*

Neveu (Paul), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — *26 mai 1942.*

Ombrédane (André), 53 *ter*, boulevard Suchet, Paris (XVIe). — *25 avril 1932.*

Pagès (Louis), 18, rue Saint-Jean, à Montluçon (Allier). — *22 novembre 1943.*

Parant (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — *17 avril 1905.*

Parcheminey (Georges), 171, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe). — *26 février 1940.*

Paul-Boncour (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe). — *27 avril 1925.*

Perpère (Eugène), Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). — *24 décembre 1906.*

Perrin (Jean), 38, avenue Charles-Floquet, Paris (VIIe). — *13 décembre 1943.*

Perrot (Robert-Maurice), Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente). — *28 juin 1943.*

Perrussel (Georges), Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère). — *28 mai 1931.*

Pichard (Henry), 2, avenue Théophile-Gautier, Paris (XVIe). — *23 janvier 1933.*

Pierson (André), Villa El-Ouzal, rue Dalou, à Casablanca (Maroc). — *25 octobre 1937.*

Porot (Maurice), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, près Alger (Algérie). — *22 novembre 1943.*

Potet (M.), Médecin Général Inspecteur, 30, avenue de Jonchay, Alger. — *27 novembre 1933.*

Pottier (Claude), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — *22 mars 1937.*

Prince (Albert), Hôpital psychiatrique de Navarre, près Evreux (Eure). — *25 février 1924.*

Puech (Pierre), 24, avenue Montaigne, Paris (VIIIe). — *25 octobre 1937.*

Reboul-Lachaux (Charles), 8, boulevard Bertramion, chemin de Sainte-Marthe, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 novembre 1923.*

Rivière (Hugues), 10, rue de l'Ermitage, à Montmorency (Seine-et-Oise). — *11 mai 1943.*

Robin (Gilbert), 15, quai Voltaire, Paris (VIIIe). — *27 avril 1925.*

Rouart (Julien), 40, rue de Villejust, Paris. — *23 décembre 1935.*

Rougean (Marcel), Château de Canisy, près Saint-Lô (Manche). — *27 mars 1939.*

Mlle Rousset (Suzy), Hôpital psychiatrique Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — *18 mars 1940.*

MM. Royer (Jean), Hôpital psychiatrique de Sainte-Catherine, Yzeure (Allier). — *23 décembre 1937.*

Royer (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *27 février 1939.*

MM. RUBENOVITCH (Pierre), 15, rue Saint-Simon, Paris (VIIe). — *23 décembre 1935.*

SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVIe). — *22 décembre 1930.*

SCHERRER (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne). — *24 janvier 1938.*

SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XVe). — *22 décembre 1930.*

SIVADON (Paul), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *25 novembre 1935.*

SIZARET (Alexandre), Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — *22 décembre 1941.*

SOULAIRAC (André), 55, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). — *22 décembre 1938.*

SUTTER (Jean), Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Algérie). — *22 mai 1939.*

TEULIÉ (Guilhem), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *28 décembre 1936.*

THUILLIER (René), 22, rue Lamarck, à Amiens (Somme). — *24 janvier 1938.*

TISON (Marcel), Maison de Santé de Saint-Mandé (Seine). — *22 décembre 1941.*

TRILLOT (Jean), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — *24 juin 1935.*

TRIVAS (Jean), Hôpital psychiatrique de Niort, 7, rue de Navailles (Deux-Sèvres). — *25 avril 1932.*

TUSQUES (Jean), Hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — *22 juin 1936.*

VALENCE (Robert), Maison de Santé Saint-Eugène, à Alger. — *21 décembre 1942.*

VERNET (Georges), à Cuxac-d'Aude (Aude). — *28 novembre 1904.*

VIAN (Louis), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — *28 juin 1920.*

VIDART (Lionel), 12, avenue Pierre-Ier-de-Serbie, Paris (XVIe). — *23 février 1942.*

VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — *28 juillet 1913.*

Mme VOLKRINGER-MARTRILLE (Denise), 60, rue du Maréchal-Joffre, Le Perreux (Seine). — *22 octobre 1934.*

M. VULLIEN (Robert), Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord). — *26 octobre 1936.*

Séance du Lundi 14 Janvier 1946

Présidence : M. MINKOWSKI, vice-président

PRÉSENTATIONS

Deux cas d'épilepsie psychique consciente et mnésique, par MM. L. Marchand et J. de Ajuriaguerra.

Nous présentons les deux observations suivantes qui rentrent, pensons-nous, dans le cadre de l'épilepsie psychique consciente et mnésique. Dans la première, la crise est survenue brusquement chez un ancien alcoolique, sobre depuis plusieurs années ; dans la seconde, l'accès mental s'est déclenché à la suite d'excès de boisson et après la suppression momentanée du traitement gardénalique.

Observation I. — M. Deg. est âgé de 41 ans. Il présenta sa première crise épileptique à l'âge de 26 ans, alors qu'il faisait des excès éthyliliques. Les crises se renouvellent ensuite au nombre de trois à quatre par mois. Il s'agit surtout de crises nocturnes à symptomatologie classique. Il souffre aussi d'absences assez fréquentes. Depuis plusieurs années, il ne fait plus d'excès de boisson, il prend du gardénal ; les crises sont devenues plus rares.

Dans ses antécédents, nous notons une pleurésie purulente et une tuberculose pulmonaire traitée par un pneumothorax en 1937. Actuellement, son état physique est satisfaisant.

Les troubles, pour lesquels nous le présentons, sont survenus le 30 juin 1945. Après avoir eu une crise convulsive trois nuits successives, il accuse brusquement sa femme de lui avoir « fait le coup, de vouloir le quitter ». Il souffre de céphalées. Au cours de la nuit, vers trois heures du matin, il la réveille, l'accuse de vouloir l'empoisonner, car il se plaint de sentir le gaz. Il attaque sa femme, veut l'étouffer, la bat. Celle-ci arrive à se dégager et s'enfuit chez un de ses cousins qui habite la maison. Le lendemain matin, M. Deg. répond normalement à son médecin, qui est venu l'examiner à la demande de sa femme. Après le départ de celui-ci, il tient de nouveau des propos incohérents ; il se plaint « d'asticots qui grouillent dans son crâne » ; il

parle d'avion sans pilote. Le surlendemain matin, phases d'excitation avec incohérence verbale alternant avec des phases dépressives au cours desquelle le malade demande pardon à sa femme et pleure. Vers midi, alors qu'il était calme, il se lève tout d'un coup, devient pâle, tient de nouveau des propos sans suite, reproche à sa femme d'être un espion d'Hitler qui arrive dans un avion sans pilote. On le décide d'aller consulter à l'hôpital Dubois ; il demande un taxi au Commissariat, où il explique que sa femme veut l'empoisonner. A l'hôpital Dubois, il voit l'interne qui lui dit (c'est le malade qui le raconte) : « Vous n'avez rien, revenez demain à la visite. » Le lendemain, le malade prend normalement le métro avec sa femme et il est hospitalisé à l'hôpital Henri-Rousselle. Dès son arrivée, il donne tous les détails sur ce qu'il a éprouvé ; une lacune mnésique existe pour les faits survenus le premier jour, mais, par contre, il se rappelle parfaitement tout ce qui est survenu par la suite.

L'examen neurologique ne montre qu'une hyper-réflectivité ostéo-tendineuse et une paralysie ancienne de la convergence. L'examen du sang, la ponction lombaire, la radiographie du crâne ne décèlent rien de particulier. Tracé électro-encéphalographique normal.

Observation II. — M. Bey..., 50 ans, est suivi à la consultation des épileptiques de l'hôpital Henri-Rousselle, depuis 1935. Il est d'intelligence moyenne ; il a été atteint de convulsions infantiles avec fièvre.

Les premiers troubles comitiaux, sous forme d'étourdissements, ont débuté à l'âge de 20 ans. Les crises convulsives classiques n'apparaissent qu'à l'âge de 35 ans. A la suite d'un traitement gardénalique, les crises convulsives se suspendent et il ne présente plus qu'un à deux étourdissements par mois.

Le 26 septembre 1943, M. Bey... a quelques étourdissements dans la journée ; il rentre chez lui dans un état d'excitation psychique. Il déchire des lettres, gifle sa fille. Il se plaint de visions d'éclairs ; il entend les enfants de la rue qui disent : « Beg..., il est fou... » Il entend des voitures qui viennent le chercher pour l'emmener à Henri-Rousselle. Il se barricade dans son appartement, tente de se jeter par la fenêtre. Son agitation est extrême ; il crie, déchire ses vêtements. Les propos sont incohérents, non systématisés ; ils sont tantôt à thème anxieux et agressif, tantôt à thème mégalomaniaque : il est l'homme le plus riche du monde ; ses larmes sont une source de richesse, ce sont « des larmes en or ». Semi-conscience de la nature pathologique de ses troubles ; « c'est malheureux d'être fou », dit-il il a conscience de la nature maladive de son état dès le deuxième jour.

Le troisième jour, le malade est guéri de son épisode psychopathique. Il raconte avec précision les faits, les critique avec lucidité.

Ce sujet, sobre habituellement, nous avoue que deux jours avant le début des troubles mentaux, il a fait des excès de boisson ; il avait

bu trois apéritifs avec son beau-frère et il avait suspendu son traitement au gardénal.

L'examen neurologique ne décèle qu'une réflectivité tendineuse vive. L'examen électro-encéphalographique donne : rythme alpha partout conservé avec quelques bouffées amples au rythme de 10, mais en caractère de pointes. Pas d'anomalies typiques.

En résumé, ces deux sujets ont conservé, au cours de leur accès délirant apparu brusquement, une conscience partielle du caractère pathologique de leurs idées délirantes, de leurs illusions, de leurs hallucinations. Comme dans les cas que nous avons présenté antérieurement, ils avaient l'impression qu'ils vivaient dans un monde irréel, modifié, et ils avaient le sentiment qu'ils étaient aliénés. Ils passaient rapidement d'un ton émotif euphorique à un ton dépressif et anxieux. Le diagnostic de délire épileptique nous semble peu contestable. On peut toutefois se demander quel rôle ont joué les excès éthyliques dans le déclenchement de ces états délirants et hallucinatoires.

Dans le premier cas, l'épilepsie paraît d'origine alcoolique, mais l'accès mental est survenu après plusieurs crises convulsives, alors que le malade était sobre depuis plusieurs années. Ce cas nous paraît rentrer dans le cadre des états crépusculaires post-paroxystiques. A noter l'amnésie portant seulement sur la phase délirante du début.

Dans le deuxième cas, la pathogénie nous paraît toute différente. Il s'agit d'un sujet qui, atteint de convulsions infantiles, devint épileptique à l'âge de 20 ans sans cause apparente. L'accès psychique est survenu après que le malade, habituellement sobre, eut suspendu son traitement par le gardénal et après qu'il eut absorbé plusieurs apéritifs. Il nous semble que ces deux causes ont surajouté leurs effets pour déterminer l'accès délirant. Dans de tels cas, en l'absence de tout commémoratif, le diagnostic entre le délire alcoolique et le délire épileptique peut présenter de réelles difficultés.

Discussion

M. Dublineau. — Les états signalés ici rappellent l' « Epileptischer Dämmerzustand », de Kleist, dont nous avons rapporté naguère un certain nombre d'exemples avec M. H. Ey et dans la thèse de Swick.

Resterait, d'autre part, à prévoir les rapports de l'état convulsif et de la psychose alcoolique. On observe, chez le buveur, tous les intermédiaires entre les formes conscientes et inconscientes des crises nerveuses. Très souvent, on serait bien en peine de faire une discri-

mination diagnostique, d'autant plus que l'alcool, en soi, extériorise des prédispositions convulsives. Il s'agit là de complexes alcoolo-convulsifs qu'il vaudrait mieux peut-être envisager comme tels, plutôt que de s'efforcer de tenter une discrimination si difficile en pratique.

Erotomanie pure stabilisée depuis 28 ans au stade de l'espoir,

par MM. Chanès, Follin et Digo.

L'observation que nous rapportons ici nous a paru comporter un double intérêt clinique et doctrinal : il s'agit, en effet, d'un cas d'érotomanie stabilisé depuis 28 ans au stade de l'espoir. Voici, brièvement résumée, l'histoire de la malade :

Observation. — Le début du délire remonte à 1918. La malade, alors âgée de 38 ans, postule un emploi de bureau dans une administration. Reçue par le directeur, le comte de F..., celui-ci lui produit une très forte impression, aussi bien morale que physique, et elle comprend immédiatement à son regard qu'elle-même ne lui est pas indifférente et dorénavant elle se considère comme sa fiancée. Les jours suivants, l'attitude du comte justifie entièrement, d'après elle, cette intuition première ; il recherche, en effet, toutes les occasions pour se trouver en sa présence, il se poste aux endroits où il sait qu'elle passera, il lui manifeste continuellement, par des remarques de service, l'intérêt tout spécial qu'il lui porte, tout dans sa conduite et dans ses gestes est une allusion à leur secret intime ; à chaque moment se révèlent les démarches les plus subtiles d'une savante stratégie amoureuse dont elle est le prix ; et ainsi s'ébauche un jeu auquel elle se pique de plus, « prenant secrètement, dit-elle, à toutes ces péripéties, un plaisir extrême ». Cependant, à la suite d'un léger malentendu, « pour rire », bien entendu, la malade donnera sa démission, pensant que cela fait toujours partie de ces nouveaux jeux de l'amour. A sa grande déception, son « fiancé » l'accepte ; mais elle comprend vite qu'il s'agit là encore d'une phase de leurs passes amoureuses, d'un nouveau chapitre de leur carte du tendre ; aussi, toujours par jeu, elle appelle son fiancé devant le Conseil des Prud'hommes ; elle perd le procès ; elle porte les débats devant le Juge de Paix, sachant parfaitement qu'en droit elle a tous les torts, mais persuadée qu'au fond son fiancé et elle sont parfaitement d'accord sur la véritable signification de cette procédure galante.

Son renvoi étant maintenu par la décision du tribunal, elle se persuade qu'on lui donne là une nouvelle preuve d'affection. D'autre part, grâce à l'initiative de son fiancé, le jeu se complique bientôt de ce qu'elle appelle « la correspondance secrète » : recherchant en effet

une nouvelle situation, elle s'aperçoit que son fiancé fait paraître à son intention des annonces dans les journaux, chaque offre d'emploi est pour elle un manège amoureux. Cependant, cette mystérieuse correspondance secrète ne suffit pas à notre malade ; elle aussi veut exprimer son amour et sa reconnaissance ; mais la poste lui paraît un moyen peut-être moins poétique, mais plus sûr que les petites annonces ; aussi ce sont des centaines de lettres qu'elle adresse à son bien-aimé ; plus de 400 en 18 mois. Cela ne lui suffit pas encore, elle veut revoir son fiancé ; et presque chaque jour, elle fait le siège de son appartement ; elle se fait injurier, jeter à la porte par les domestiques, elle subit toutes les moqueries, toutes les rebuffades, tous les échecs. C'est toujours un jeu amoureux. Mais ces jeux charmants vont bientôt se terminer, le comte, son fiancé, perd patience, et, excédé, la fait arrêter ; elle est conduite à l'Infirmerie Spéciale où le Dr de Clérambault l'examine et la fait interner avec le certificat suivant :

Préfecture de Police, février 1920 : « Est atteinte de quérulance sur fond d'érotomanie. Un M. de F., son chef de service, épris d'elle, n'ose se déclarer depuis des années et actuellement encore l'entoure de sa sollicitude. Conduite paradoxale classique chez ce dernier. S'il l'a amenée à démissionner et à plaider, c'était par tactique amoureuse. Interprétations incessantes. Annonces dans les journaux, inspirées par M. de F. Graphorrée épistolaire ; scènes de scandale au siège de son ancienne administration. Processivité (Prud'hommes, Justice de Paix). Fabulation dans sa dialectique. Aveu formel de sa passion en notre présence. Scène typique en face de M. de F. Manifestations particulièrement fréquentes de ses époques menstruelles. Nécessité d'un internement de longue durée. » Signé : de Clérambault.

Après un court passage à Ste-Anne, la malade est internée à Maison-Blanche, dans le service du Dr Capgras, dont les conceptions en matière d'érotomanie sont, on le sait, opposées à celles du Dr de Clérambault, aussi croyons-nous qu'il n'est pas sans intérêt de donner connaissance de son certificat :

Immédiat, 20 juin 1920, *Maison-Blanche :* « Dégénérescence mentale avec délire d'interprétation érotique, interprétations fausses multiples portant sur la conduite de son chef de service, sur ses regards, ses réprimandes, les discussions qu'elle a eues avec lui et qu'elle considère comme un jeu amoureux. Renvoyée de son emploi, prend cette mesure pour une preuve de sympathie. Nombreuses lettres adressées à ce chef de service. Réactions processives. Euphorie. » Signé : Capgras.

Cet état reste absolument inchangé à Maison-Blanche, d'où, après un séjour d'un an, elle s'évade grâce à la complicité de sa mère.

Un certificat de sortie régularise l'évasion.

Après un court séjour à Cognac, dans sa famille, avec laquelle elle ne s'entend guère, elle rentre à Paris. Là, la « correspondance secrète » reprend de plus belle. Son fiancé utilise les journaux pour

la conseiller et guider sa vie. Les célèbres dessins humoristiques de Guérin et Daix sont pour elle autant de symboles où elle puise ses règles de conduite, en même temps qu'ils matérialisent la présence de son fiancé. Il y aurait même, dit-elle, une ressemblance certaine entre le Pr Nimbus et mon fiancé, de même qu'entre sa commère et moi. Il n'est pas jusqu'aux réclames des pâtes dentifrices dans les journaux qui ne lui apportent un réconfort. « C'est une bonne pâte, dit le slogan »... Une bonne pâte ! mais c'est moi, pense la malade, et voilà encore un billet doux du fiancé. Ainsi sollicitée et provoquée, elle veut le revoir ; mal lui en prend, il la met à la porte brutalement ; elle ne cherche pas à le revoir, mais son zèle épistolaire reprend avec une telle intensité que son « fiancé » se lasse encore et la fait de nouveau interner en 1941.

Depuis, son état est resté absolument inchangé et exactement superposable à la description que nous venons de faire ; toujours gaie, enjouée, elle s'attend d'un jour à l'autre à sortir pour convoler en justes noces avec son fiancé à qui elle continue d'adresser régulièrement une lettre chaque semaine.

Antécédents héréditaires : aucun antécédent pathologique.

Antécédents personnels : dans son enfance, on ne relève rien d'anormal.

A 16 ans, elle aurait fait une assez forte dépression nerveuse, alors qu'elle préparait le brevet supérieur.

Guérie et douée d'une solide instruction, elle voulut travailler dans les bureaux pour trouver un mari ; les événements m'ont donné raison, dit-elle, puisque j'y ai connu mon fiancé.

L'examen physique est normal, à part une légère hyperthyroïdie. Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Le cas de notre malade nous semble poser plusieurs problèmes de difficultés inégales. Tout d'abord, du point de vue clinique, un certain nombre d'éléments du tableau ne nous semblent pas prêter à discussion. L'aspect animé de la malade, sa présentation hypomaniaque, et quelque peu précieuse, sont typiques. On a pu noter aussi dans sa toilette une certaine coquetterie pour égayer un peu l'austérité de l'uniforme réglementaire.

Passons rapidement aussi sur la graphorrée qui est indiscutable, plus de 400 lettres en 18 mois, 6.000 de 1920 à 1928, et, depuis cette dernière date, le rythme épistolaire s'est stabilisé à une lettre par semaine.

De même, nous voyons se dégager nettement les constantes du système érotomaniaque, dont nous allons reprendre très brièvement les formules si claires dues à de Clérambault. Nous retrouvons les éléments de la triade affective. L'*orgueil* s'exprime dans le choix de l'objet d'une essence supérieure, dont le prestige flatte

notre malade. L'*amour* présente une composante surtout d'ordre affectif et sentimental d'où est exclu, comme il est classique, tout élément sensuel. Quant à l'*espoir,* son incoercibilité nous paraît tout à fait exceptionnelle. Depuis 28 ans en effet, son sentiment conserve une stabilité et une fixité remarquables. On ne trouve chez elle aucun élément qui puisse faire penser à un passage au stade de dépit ou au stade de haine. Elle garde vis-à-vis de l'objet une fraîcheur de sentiments toute juvénile et digne de ses premiers émois de jeune fille. Rien ne vient altérer sa sérénité, sinon l'inquiétude de savoir où elle va recevoir son fiancé de 86 ans, car, bien entendu, elle a la conviction qu'elle va sortir incessamment.

Notons enfin qu'il n'y a chez notre malade ni hallucinations, ni démence. On se trouverait donc en présence d'un cas d'érotomanie pure.

En effet, notre malade n'apparaît pas comme une revendicatrice ; elle ne récrimine pas, ne proteste pas ; elle ne présente aucune hostilité à l'égard de l'objet, « tout ce qui m'est arrivé d'heureux dans la vie, dit-elle, c'est grâce à lui..., j'ai eu la chance de rencontrer une homme d'une pareille noblesse de sentiments ; c'est lui qui paye mon séjour ici ». Actuellement, croyant sa sortie prochaine, elle se préoccupe de trouver du travail pour assurer sa subsistance, car son fiancé est veuf et a une fille qui, à sa mort, héritera de toute sa fortune. De plus, les recours en justice de notre malade ne sont pas sérieux ; ce sont là des « manœuvres », car ce n'est pas un point de droit qu'elle vient défendre, au contraire, elle sait parfaitement qu'elle a tous les torts et son argumentation juridique n'a d'autre signification que celle d'un jeu, ce qui est contradictoire avec un état passionnel. Enfin, notons qu'à la suite de son évasion, elle est restée pendant plus de 20 ans en liberté, ce qui manifeste une certain degré d'adaptation sociale.

Si notre malade n'est pas une revendicatrice, est-elle davantage une interprétante, comme le pensait Capgras. Sans doute, il y a des interprétations, mais toutes sont favorables à l'objet ; de plus, elles découlent d'une idée directrice délirante qui centre le jeu de son activité psychique et de ses mécanismes ; or, justement, la pensée de notre malade ne semble pas progresser à l'aide de ces interprétations, on ne trouve chez elle aucun raisonnement rigoureux, aucune ébauche d'argumentation syllogistique dans ses essais de réflexion ; elle semble ignorer les processus logiques de la pensée discursive ; notre malade ne raisonne

pas ; elle comprend les faits et saisit des significations. C'est ce qu'elle traduit par ces quelques expressions que nous avons relevées : Je sens la vérité, je comprends par intuition, j'en suis sûre, je le devine... Il nous semble d'ailleurs tout à fait normal, du point de vue des mécanismes psychologiques, que ce soit le mode intuitif de pensée qui s'observe le plus souvent dans ces états. Déjà, dans la vie dite normale, le cœur n'a-t-il pas ses raisons que la raison ne connaît pas, et on sait que la majeure partie de notre vie sentimentale ne doit souvent rien à la logique, pas même à la logique des sentiments.

En conclusion, notre malade ne paraît être ni une interprétante, ni une revendicatrice, au sens passionnel où l'entendait de Clérambault ; nous croyons plutôt qu'il s'agit d'une érotomanie purement affective, dont le mode de pensée intuitif, prélogique, explique la remarquable stabilité au stade de l'espoir et l'absence de tout élément de dépit ou de haine ; ainsi, ce délire érotomaniaque paraît doué d'une valeur compensatrice, créatrice d'un monde imaginaire où se reflètent et se réalisent toutes les aspirations et rêves de jeune fille de notre malade.

Discussion

M. Minkowski. — Pourquoi, dans ce cas, exclure l'interprétation ? Ce dernier mécanisme peut fort bien coexister avec l'intuition.

M. Dublineau. — Je connais bien cette malade, que je suis de près depuis plusieurs années. Son cas n'a rien de passionnel. Elle n'a rien d'une paranoïaque, est constamment euphorique, souriante, courtoise avec une pointe d'afféterie minaude. A ce point de vue, il faut insister sur le caractère quelque peu arbitraire d'une érotomanie trop strictement individualisée sur le plan nosologique. Le syndrome érotomaniaque est un état très général dont l'érotomanie de de Clérambault ne constitue qu'un aspect. Chacun fait son érotomanie en fonction de sa structure. Cette remarque n'enlève rien, bien entendu, à l'autorité des descriptions de Clérambault.

M. Guiraud. — Les descriptions de Clérambault répondent à une conception quelque peu théorique. Dans la réalité, le stade de dépit n'est pas très fréquent. De même, on pourrait faire des réserves sur le syndrome d'interprétation isolé par Sérieux et Capgras. Les malades ont souvent une conviction d'emblée, et le raisonnement apparaît alors comme secondaire.

M. Minkowski. — Le phénomène essentiel de l'érotomanie est la conviction délirante. Elle est pathologique parce que plus rigide que la conviction normale. Cette conviction ne s'exprimerait-elle pas sur

deux versants différents selon les particularités de l'individu, tantôt sous forme interprétative (sujets de type paralogique dans leur expression et constitution), tantôt sous forme intuitive, et liée alors à un mécanisme pychopathologique différent ?

L'injection d'air par voie lombaire en thérapeutique psychiatrique, par MM. P. Guiraud et J. Morice.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire est utilisée depuis longtemps en neurochirurgie pour le diagnostic et le traitement de divers syndromes. Sa valeur thérapeutique est bien connue dans l'épilepsie, le syndrome subjectif des traumatisés craniens et dans certaines méningites cloisonnées.

En psychiatrie, ses applications sont encore bien restreintes. Jusqu'à maintenant, l'encéphalographie gazeuse a été surtout utilisée pour le diagnostic de certaines atrophies cérébrales. Delay et ses élèves ont fait récemment de nombreuses communications sur ce sujet. Négligeant le côté radiographique et diagnostique de la question, nous avons voulu rechercher si l'injection d'air par voie lombaire n'aurait pas une valeur thérapeutique en psychiatrie. Ainsi utilisée, elle peut être modérée, ce qui diminue beaucoup les inconvénients de la méthode.

Les possibilités thérapeutiques de l'injection d'air n'ont jamais été encore signalées en psychiatrie. Rappelons seulement que Delay, Neveu, Leulier et Desclaux ont signalé des modifications de l'état mental après injection d'air par voie lombaire (1). Un maniaque non amélioré par onze électro-chocs, après encéphalographie gazeuse, présente un état mixte réalisant la dépression agitée de Kræpelin, puis, quelques jours après, un état mélancolique franc. D'autre part, les neuro-chirurgiens avaient déjà constaté, après encéphalographie, l'amélioration de syndromes de la série tubéro-hypophysaire. Dans un cas de Puech (2) et collaborateurs, un syndrome adipo-génital non tumoral a été guéri (3). Baudouin et ses élèves constatent dans un cas de

(1) Delay, Neveu, Leulier et Desclaux. — Syndrome maniaque. Inversion de l'état thymique par l'encéphalographie gazeuse. *Ann. méd.-psych.*, 13 mars 1944, p. 381.

(2) Puech, Roudinesco, Thieffry et Sauvain. — Syndrome adiposo-génital non tumoral actuellement guéri par encéphalographie par voie lombaire. *Rev. neurol.*, mars 1936, p. 670.

(3) Baudouin, Puech, Golser, Stévenin et Morice. — Macrogénitosomie ; à propos de deux cas. *Rev. neurol.*, févr. 1944, p. 32.

macrogénitosomie précoce, après ventriculographie, une grande amélioration physique et psychique : développement physique rapide, éveil de l'instinct sexuel, transformation mentale qui fait d'un idiot un simple débile. Il semble bien que ces améliorations résultent de l'excitation mécanique provoquée par l'air sur le troisième ventricule et spécialement son plancher, soit par l'intérieur, soit par l'extérieur.

Toujours fidèles à la conception soutenue par un de nous depuis de longues années, d'après laquelle il faut expliquer les sydromes psychopathiques instinctivo-affectifs (manie, mélancolie, hébéphrénie) par des troubles fonctionnels ou lésionnels des régions sous-corticales et en particulier du troisième ventricule, nous avons choisi pour nos recherches des malades de cette catégorie évoluant depuis longtemps et qui donnaient l'impression de passer à la chronicité. L'électro-choc répété et les thérapeutiques courantes n'avaient donné aucun résultat sensible. Nous insistons sur ce fait que, au moins pour le moment, nous ne préconisons pas notre procédé comme traitement initial de ces syndromes.

La technique de l'injection d'air est bien connue. Suivant la pression du liquide céphalo-rachidien, nous n'injectons que 30 à 60 centicubes d'air stérile. Après soustraction de 10 cc. de liquide, nous injectons autant d'air aspiré à travers la flamme d'une lampe à alcool, et ainsi de suite quatre ou cinq fois. Une dizaine de jours après, quand la période de céphalée et de vertiges est entièrement terminée, nous pratiquons deux ou trois électrochocs, pas davantage. Les crises s'obtiennent en général avec une quantité assez faible d'unités de travail électrique (20 à 30 avec l'appareil n° 2 de Lapipe et Rondepierre). L'expérience nous a enseigné que, dans un assez grand nombre de cas, le bénéfice complet d'une thérapeutique un peu vigoureuse (insuline, injection d'air et autres procédés que nous communiquerons à la Société) n'est acquis que grâce à quelques électro-chocs de complément. A ce moment, le malade oscille entre la guérison et le retour à la maladie, et l'électro-choc est particulièrement efficace. Jusqu'ici, nous avons pratiqué une seule injection d'air à chaque malade, mais, depuis quelque temps, nous en faisons une deuxième, après un intervalle d'un à deux mois. Cette réitération ne présente aucun inconvénient.

Nous avons, à l'heure actuelle, traité sept malades en tout. Trois entrent dans le groupe de la psychose maniaque dépressive à accès prolongé. Deux sont des psychoses puerpérales évoluant depuis plus

d'un an. Les deux dernières sont un délire secondaire et une paralysie générale datant déjà de plus de cinq ans, et une hébéphrénie délirante.

Des trois malades classées dans la psychose maniaque dépressive, au moins les deux premières seraient considérées, par la plupart des contemporains, comme des schizophrénies.

Une est soignée par nous depuis 1942. Elle était entrée en état de délire aigu avec azotémie à 1 gr. 46, anurie, refus d'aliments, etc., le tout compliquant un syndrome mélancolique. Depuis cette époque, elle a présenté de brèves phases maniaques et de longues périodes mélancoliques avec idées de persécution et tentatives de suicide. Nombreux électro-chocs sans résultat appréciable. Quand nous avons pratiqué l'injection d'air, elle était en état d'inertie et de mutisme. Actuellement, son état est vraiment transformé ; elle est éveillée, s'intéresse à tout, s'occupe à tricoter, reçoit aimablement son mari. L'appétit est revenu et l'état physique s'est également amélioré. Deux symptômes morbides restent cependant à signaler : une légère tendance à l'ironie et à la causticité, mais beaucoup moins accentuée que dans les périodes hypomaniaques antérieures, et aussi une résignation sur son état, avec inquiétude pour l'avenir, qui fait qu'elle ne pense pas à demander sa sortie. Avec ce que nous connaissons de ses antécédents, il serait d'ailleurs imprudent d'y penser actuellement.

La seconde maniaco-dépressive est une noire de La Martinique, dans le service depuis un an, atteinte d'une extrême agitation au début de son séjour avec idées délirantes mystiques et improductivité mentale. Elle est tombée ensuite dans un état prolongé d'inertie et de stupeur avec gâtisme intermittent, sans expression d'aucune idée mélancolique. Dans cet état elle a reçu une injection d'air suivie rapidement de deux électro-chocs. Deux jours après elle a eu ses règles qui avaient disparu depuis son internement ; elle est signalée par les infirmières comme beaucoup plus éveillée qu'auparavant, elle se lève spontanément de temps en temps, répond avec timidité et par monosyllabes aux questions posées. Deux mois après, nouvelle injection d'air, l'amélioration constatée ne s'étant pas maintenue intégralement. Elle est encore loin d'être guérie, mais le contact est plus facile, l'expression mimique s'est beaucoup améliorée.

La troisième a déjà été internée il y a quelques années, et a fait plusieurs accès dépressifs sans internement. Elle est dans le service depuis le 11 janvier 1945. Début par un état maniaque typique avec extrême agitation ; six mois après état mixte puis dépressif avec indifférence, inertie, demi-mutisme. Avait subi 12 électro-chocs sans résultat. Injection d'air, 50 cc., et deux électro-chocs. Rapide amélioration de l'inertie et de l'improductivité psychique. S'intéresse à sa famille, demande des nouvelles, va travailler régulièrement à la couture. Semble normale avec une résignation et une docilité peut-être excessives. Va sortir parce que sa sœur accepte de la prendre avec elle. Nous n'oserions pas actuellement proposer sa sortie, si elle était sans famille.

Deux autres malades traitées sont atteintes, à notre avis, de psychose

puerpérale prolongée. Mais la première serait considérée, par tous les psychiatres, comme une schizophrène typique. Nous savons par expérience que très souvent ces malades guérissent après un et même deux ans, quoique ayant présenté une série de symptômes faisant craindre la chronicité. Cette première malade est en traitement depuis le 7 août 1944 ; dès son entrée, les certificats d'Henri-Rousselle et de l'admission la signalent comme une schizophrène probable : mutisme, opposition, discordance, délire mystique à structure paranoïde, inaffectivité familiale, etc... Aucune amélioration par l'opothérapie et l'électro-choc.

Reçoit seulement 30 cc. d'air à cause de sa pâleur et de son hypotension ; dans l'après-midi, plusieurs hypothymies qui nécessitent des injections de cardiazol. Une semaine après, présente des phénomènes typiques de « déblocage » ; alors que précédemment elle restait dans un état de demi-stupeur, avec indifférence au monde extérieur, réactions impulsives, perte de contact immédiat avec quelques réponses monosyllabiques, elle nous rappelle le délire qu'elle présentait à son entrée, mais elle n'y croit plus et déclare qu'elle a été bien malade, il s'agit maintenant de « cauchemars étranges » à teinte érotico-mystique. Cependant on constate un manque de vigueur et de précision de la pensée, des fusions d'idées, un désir de retourner à l'état de jeune fille, un désintérêt de son mari. Un phénomène curieux est la tentative de réorientation dans le temps. La malade ne peut pas admettre qu'elle est en traitement depuis si longtemps. Elle se croit à la fin de l'année 1944 et non de 1945. Elle n'est même pas convaincue par la présentation des journaux et des calendriers. Quelques jours après la rectification se fait. A ce moment commence une excellente période avec désir de sortie, travail pendant quelques jours. Jamais, depuis son entrée, la malade n'avait eu une période comparable. Malheureusement l'amélioration ne dure pas : indocilité, irritation, agitation impulsive passagère ; le contact et l'orientation sont cependant bien meilleurs qu'avant le traitement. Depuis quelques jours la malade s'améliore de nouveau, et, quoique loin de pouvoir sortir, elle a fait d'incontestables progrès. Nous nous proposons de répéter l'injection d'air.

Notre seconde psychose puerpérale présentait à son entrée, le 31 mars 1945, un état maniaque typique avec grande agitation et une hypertrophie mammaire impressionnante. Quelques injections de stérandryl à 20 milligrammes réduisent sa poitrine à des dimensions raisonnables et calment son agitation. Electro-chocs après deux mois, amélioration nette en juillet 1945, on pense à faire sortir la malade. Nouvel accès, cette fois mélancolique, avec agitation anxieuse, inertie et confusion. Il s'agit d'une amélioration seulement transitoire, comme on le constate souvent après l'électro-choc. Après un certain délai, électro-chocs sans résultat. Le 15 octobre 1945, injection d'air, 50 cc., puis deux électro-chocs. Persistance de la tristesse et de l'inhibition mais « déblocage ». Raconte ses hallucinations : on disait du mal de

moi, que j'allais être mise en prison. On agit sur sa pensée, on la devine, c'est gênant. On imprime les journaux exprès pour elle, etc... Persistance de la tristesse. Seconde injection d'air le 4 décembre 1945, 40 cc. Amélioration rapide, rectification des idées délirantes, amnésie lacunaire d'une longue période de sa maladie. Bonne activité. Humeur normale. Sortie proposée.

Quelques mots seulement sur les deux dernières malades pour lesquelles il s'agit presque d'injection d'air de complaisance à la demande des familles. Paralysie générale éteinte, toutes réactions négatives, persistance depuis quatre ans d'un délire secondaire avec méconnaissance de sa famille. Tous traitements sans effet (cardiazol, insuline, électro-chocs). Amélioration nette après 50 cc. d'air ; accepte de reconnaître ses enfants et son mari. On envisage même une permission, mais rechute rapide.

Hébéphrénie délirante qui supporte 60 cc. d'air sans céphalée, mais dont l'état mental ne varie pas.

On voit par ces exemples que nous n'avons pas choisi des malades sur le point de guérir. Toutes semblaient destinées à tomber dans la chronicité, cependant deux vont sortir. Quoique nous ayons à vous proposer dans la suite des thérapeutiques qui nous paraissent plus efficaces, nous signalons l'injection d'air dès maintenant, parce qu'elle est réalisable partout avec un minimum d'instrumentation ; mais nous croyons qu'il vaut mieux la réserver pour le moment aux cas anciens, pour lesquels on craint le passage à l'état chronique.

Discussion

M. Fribourg-Blanc. — En 1935, j'ai pratiqué un grand nombre d'injections thérapeutiques d'air par voie lombaire, à la suite des publications de Laruelle (de Bruxelles). J'injectais alors de 30 à 50 cc. sans inconvénient. Le traitement était possible, même chez des enfants. C'est surtout dans le syndrome subjectif des traumatisés craniens qu'on obtient des résultats intéressants.

M. Marchand. — Une telle thérapeutique ne risque-t-elle pas d'être considérée comme empirique ? Nous ignorons, en effet, son mécanisme. S'il s'agit d'agir sur le troisième ventricule, pourquoi n'injecterait-on pas plutôt de l'oxygène pur ?

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire des séances :
Paul Carrette.

Séance du Lundi 28 Janvier 1946

Présidence : MM. A. BAUDOUIN, ancien Président et J. DEMAY, Président

---

PREMIÈRE SÉANCE

Allocution de M. A. BAUDOUIN, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

C'était hier, ce me semble, que je vous disais mes remerciements en montant à ce fauteuil, et voici déjà le moment où il me faut vous les redire en le quittant. Je vous dois aussi des excuses, car, au cours de cette année, les missions que j'ai été appelé à remplir à l'étranger ont fait de moi un président assez intermittent. Je regrette d'avoir manqué tant de nos séances, car elles sont toujours pour moi aussi intéressantes qu'agréables ; je ne regrette cependant pas d'avoir accompli ces missions, où je me suis efforcé de travailler de mon mieux pour le bien de notre pays. Si, comme j'ai eu l'occasion de vous l'exposer, il existe de par le monde nombre de nations qui ont conservé pour la France beaucoup d'affection et beaucoup d'estime, d'autres nous voient d'un œil moins favorable ; mais toutes nous attendent à l'œuvre, et nous ne redeviendrons grande nation, dans le jugement des hommes, qu'à force de travail obstiné et efficace.

C'est une justice à rendre à la Société médico-psychologique : elle prêche d'exemple. Pour se rendre compte de l'effort que fournit dans le présent la psychiatrie française et pour bien augurer de son avenir, il suffit de parcourir les *Annales médico-psychologiques*. Leur forme impeccable fait le plus grand honneur à M. René Charpentier, qui est toujours loin de nous, et à qui j'adresse notre fidèle, amical et reconnaissant souvenir ; leur

fond est plein de substance. Que ce soit dans l'ordre clinique, anatomique, biologique..., ou dans celui de l'assistance, nos séances sont pleines d'intéressantes communications. Cela est bien, mes chers collègues ; mais, permettez-moi de le dire, il faut faire plus encore. Vous l'avez remarqué comme moi, et certainement déploré comme moi : dans le domaine médical, la plupart des découvertes importantes des trente ou quarante dernières années sont d'origine étrangère, et la psychiatrie ne fait pas exception, puisque la malariathérapie, l'insulinothérapie, la convulsivothérapie, les tentatives psycho-chirurgicales ne viennent pas de chez nous. Assurément, nous avons contribué à poser les indications, à fixer les limites de toutes ces méthodes nouvelles : mais cela ne saurait suffire.

Pour faire plus, pour faire mieux, je m'adresse à tous ceux qui m'écoutent, mais particulièrement aux jeunes. Mes chers collègues, vous avez, dans vos services, un admirable matériel d'études ; vous êtes d'une compétence notoire ; vous avez presque tous la sagesse de vous consacrer uniquement à vos tâches médicale et scientifique. Il ne vous manque que des moyens matériels plus puissants, une organisation plus moderne. Quoique les temps que nous vivons soient durs et qu'ils menacent de l'être plus encore, j'espère que cela vous sera donné, et c'est mon vœu le plus cher.

Il ne me reste, mes chers collègues, que l'agréable devoir de remercier les membres de notre Bureau : MM. Carrette et Menuau, nos secrétaires des séances ; M. Dublineau, le modèle des secrétaires généraux, à qui je dis ma spéciale gratitude ; M. Demay, enfin. Nul n'est plus digne d'occuper le fauteuil présidentiel, auquel je le prie de prendre place.

Allocution de M. DEMAY, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à siéger à cette place qu'ont occupée tant de mes maîtres, entre autres ceux à qui je dois une particulière reconnaissance, Pactet et Colin.

Vous ne vous étonnerez pas si le simple clinicien que je suis éprouve quelque confusion à succéder à deux savants de classe internationale, pour reprendre l'expression que l'un d'eux appliquait à l'autre, ici-même, il y a un an. Sans doute, vous a-t-il

plu de souligner ainsi une des caractéristiques de notre Société. Si elle s'élève jusqu'aux sommets de la science pure, elle ne dédaigne pas, le cas échéant, de se pencher sur les problèmes de la pratique courante. Ceux-ci ne laissent pas de requérir l'attention des psychiatres de bonne volonté dans la période difficile que nous continuons de vivre. Je n'en veux pour preuve que l'émotion ressentie dans cette enceinte, lorsque fut évoqué devant vous le drame de la sous-alimentation des malades dans les hôpitaux psychiatriques. Il me plaît de penser que l'intervention de notre Société n'a pas été étrangère aux mesures qui furent prises pour remédier à cette situation désastreuse.

Votre vigilance aura, j'imagine, de nouvelles occasions de se manifester. Dans l'élan d'enthousiasme qui a suivi la libération et qui s'est propagé aux milieux psychiatriques, de grands espoirs et de vastes pensées de rénovation se sont donné libre cours. Est-il excessif de dire qu'ils étaient, pour le moins, prématurés ? La vigoureuse action antialcoolique que nous attendions s'est muée en un fantôme dérisoire. Quant à la réorganisation de l'assistance psychiatrique, sur laquelle nous étions invités à nous prononcer, toutes affaires cessantes, nous savons ou, si vous préférez, nous ne savons pas ce qu'il en est advenu. S'il existe parmi nous des tenants de l'existentialisme, ils nous diront que ce sont là manifestations de l'absurdité universelle. Sartre et Camus ajouteraient, il est vrai, que nous devons tirer de ce pessimisme des raisons d'agir.

On nous répète avec une complaisance suspecte, quelque peu teintée de masochisme, que la psychiatrie française, après avoir tenu le premier rang, est maintenant en régression. Opinion que je ne prends pas à mon compte et sur laquelle il y aurait beaucoup à dire, si le temps et le lieu s'y prêtaient. En admettant qu'il en soit ainsi, ne conviendrait-il pas d'incriminer les pouvoirs publics plutôt que les psychiatres eux-mêmes ? Certes, l'ère de la psychiatrie clinique, où brillèrent les maîtres d'autrefois, n'est pas révolue, à supposer qu'elle puisse l'être un jour. Mais on ne peut contester que tout progrès dans notre spécialité, comme en médecine générale, est lié désormais au développement de l'équipement scientifique. Or, l'absence de moyens de travail se fait cruellement sentir dans nos établissements. Nous réclamons des laboratoires de biochimie, d'anatomie pathologique, de radiologie, de physiologie, dirigés par des techniciens compétents, travaillant en liaison étroite avec nous. Je rêve aussi, pour ma part, d'un organisme central de documentation psy-

chiatrique, avec personnel spécialisé, qui fournirait rapidement aux chercheurs tous les renseignements bibliographiques sur une question déterminée. Mais, nous dit-on, ce qu'il faut d'abord et de toute urgence, c'est rebâtir les hôpitaux détruits, réparer les autres, reconstituer les stocks de linge, de vêtements, de matériel. Est-il donc impossible de mener parallèlement les deux tâches : réaménagement des hôpitaux et développement de leur appareillage scientifique, et la seconde n'est-elle pas le complément obligé de la première ? Quoi qu'il en soit, sur cette question capitale de la modernisation et de l'équipement médical des hôpitaux psychiatriques, dont dépend l'avenir de la psychiatrie française, la Société médico-psychologique se doit de faire entendre sa voix.

Mes chers collègues, je ne saurais avoir la prétention de diriger vos débats avec l'autorité incomparable de mon éminent prédécesseur. Je tâcherai du moins de m'inspirer de son exemple. Je sais que je puis compter sur l'aide amicale de notre secrétaire général, M. Dublineau, et sur ses précieux auxiliaires, les secrétaires de séances, MM. Carrette et Menuau. Je sais aussi que notre dévoué trésorier, M. Collet, veille jalousement à la fois sur le budget et sur les traditions de notre Société. Et je n'aurai garde d'oublier celui qui, absent et présent, n'a cessé de s'intéresser à nos travaux et qui assure, au prix de quelles difficultés, la publication de nos comptes rendus, M. René Charpentier ; nous lui devons une particulière gratitude. Je suis heureux, enfin, de saluer notre nouveau vice-président, M. Eugène Minkowski, dont les travaux s'inscrivent dans la double ligne de Bergson et de Bleuler, et qui a montré, dans de cruelles épreuves, tant de fermeté d'âme et de dignité. Cela ne peut surprendre ceux qui connaissent sa brillante conduite au cours de l'autre guerre. Par votre vote, vous avez voulu rendre hommage à la fois à l'homme et à l'œuvre. Je l'invite à prendre place parmi les membres du Bureau.

Décès de M. le Professseur Henri Claude, ancien président et de M. Jacques Vié, ancien secrétaire général de la Société

M. Demay, *président*. — Messieurs,

Lors de notre dernière réunion, M. le secrétaire général nous a fait part du décès de deux de nos collègues les plus distingués, le professeur Henri Claude et le Dr Jacques Vié.

Le Dr Jacques Vié s'était orienté de bonne heure vers la psychiatrie, sous l'influence de Klippel. Dès le début, sa carrière s'était annoncée comme des plus brillantes : reçu premier au concours de l'internat des asiles de la Seine en 1927, second au concours de médicat des asiles en 1930, il fut nommé en 1936 médecin-chef des asiles de la Seine. Travailleur acharné, il ne cessa de s'intéresser à toutes les modalités de la recherche psychiatrique. Sous l'influence de ses maîtres Sérieux et Laignel-Lavastine, il a publié une série d'études historiques, dont sa remarquable thèse sur les aliénés et les correctionnaires à St-Lazare au XVIIe siècle. En psychiatrie clinique, je citerai ses travaux sur les troubles de l'identification, la démence vésanique, la démence paranoïde, l'insuffisance cérébrale ; en matière d'assistance, son mémoire sur la colonisation familiale, qui lui valut le prix Baillarger. Il était très aimé de ses malades, de son personnel, de ses internes dont il guidait les travaux avec une constante sollicitude. Son état de santé ne lui permit pas de conserver la charge de secrétaire général de notre Société, que nous lui avions confiée au départ de M. Paul Courbon. Mais jusqu'au dernier moment, il ne cessa de collaborer aux *Annales médico-psychologiques,* donnant ainsi un bel exemple de courage et d'énergie. Il était de ceux dont nous pouvions beaucoup attendre ; un sort injuste ne l'a pas permis. J'ai représenté à ses obsèques la Société médico-psychologique, et, en votre nom, j'ai exprimé à sa famille tous les regrets que nous cause sa disparition prématurée ; il était âgé de 45 ans.

Vous savez tous, Messieurs, quelle place éminente a tenue le professeur Henri Claude dans la vie psychiatrique. Avant de s'orienter définitivement vers notre spécialité, il avait édifié une œuvre importante allant de la pathologie générale, qu'il étudia sous l'égide de Bouchard et avec son ami Jean Camus, à la neurologie, en passant par l'endocrinologie, puisque dès 1908 il décrivait, avec Gougerot, les syndromes pluriglandulaires. Je n'ai pas qualité pour apprécier son œuvre neurologique, jalonnée par ses travaux sur les maladies de la protubérance et du pédoncule avec la découverte du syndrome inférieur du noyau rouge, travaux sur la méningite séreuse et l'hypertension intra-cranienne qui le conduisirent à imaginer l'ingénieux manomètre qui nous rend à tous de si grands services, travaux sur la section des nerfs périphériques entrepris d'abord avec Stéphen Chauvet et poursuivis pendant la guerre de 1914-1918 avec René Dumas et

Porak. Son expérience de neurologiste, il l'a condensée dans les deux volumes bien connus de la collection Gilbert-Fournier.

Médecin des hôpitaux en 1901, professeur agrégé en 1903, M. Henri Claude fut appelé en 1922 à succéder à Dupré comme titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales, qu'il occupa pendant dix-sept ans jusqu'en 1939. Années fécondes où, sous sa vigoureuse impulsion, on vit éclore une abondante floraison de travaux, qu'il ne peut être question d'énumérer. Mais comment ne pas se rappeler ses études sur la démence précoce qui fut de tout temps son sujet de prédilection, puisque avec Lévy-Valensi il attirait l'attention sur le processus de dissociation mentale dès 1910, c'est-à-dire à cette époque capitale dans l'histoire de la psychiatrie où Chaslin étudie les folies discordantes et où Bleuler publie, dans le traité d'Aschaffenburg, sa monographie sur le groupe des schizophrénies. Quinze ans plus tard, le psychiatre suisse et le psychiatre français confrontaient leurs idées sur la schizophrénie devant le Congrès des aliénistes, et ceux d'entre nous qui eurent la bonne fortune d'assister à la session de Genève de 1926 n'ont pas perdu le souvenir de cette brillante controverse où la conception dualiste du professeur Claude recueillit l'adhésion de nombreux psychiatres, tant français qu'étrangers.

Un autre chapitre important de l'œuvre psychiatrique du professeur Claude est sa théorie des hallucinations élaborée avec son élève Henri Ey et sa conception du syndrome d'action extérieure. Rareté des caractères de l'hallucination vraie, sauf quand il y a obnubilation de la conscience, importance des phénomènes pseudo-hallucinatoires liés aux préoccupations personnelles du malade, préexistence du délire, tels sont les points principaux de la doctrine développée par le professeur Claude dans son enseignement et ses publications.

Combien de travaux ne conviendrait-il pas de citer encore : études sur le problème de l'hystérie, sur lequel il est revenu à différentes reprises, notamment au point de vue des rapports de l'hystérie et de la schizophrénie, travaux sur l'exploration du système neuro-végétatif, sur l'anxiété avec Lévy-Valensi, sur la malariathérapie avec Targowla, sur l'encéphalite épidémique, sur la pyrétothérapie, et bien d'autres encore.

Je dois me limiter, mais je ne puis omettre la partie sociale et médico-légale de son œuvre, ses retentissantes interventions à l'Académie de médecine et à la Société de médecine légale sur les aliénés en liberté, son ouvrage de psychiatrie médico-légale ;

sa participation au mouvement d'hospitalisation en cure libre des psychopathes : dès 1910, il réservait aux malades mentaux quelques lits dans son service de l'hôpital St-Antoine. Et nous ne pouvons oublier la part importante qu'il prit dès le début à la direction de l' « Encéphale ».

Jusqu'à ses dernières années — puisque son ouvrage sur la thérapeutique biologique des affections mentales, qu'il écrivit avec Rubénovitch, parut en 1940 — s'est manifestée l'activité du professeur Henri Claude, bon serviteur de la science française.

M. le secrétaire général s'est fait l'interprète de nos sentiments de sympathie auprès de la famille de notre regretté collègue, notamment auprès de ses gendres, le professeur Piédelièvre et le professeur agrégé Coste.

Le professeur Claude a présidé la Société médico-psychologique en 1931. Conformément à nos traditions, nous allons lever la séance pendant quelques instants pour honorer sa mémoire.

Le professeur H. Claude ayant été président de la Société médico-psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

DEUXIÈME SEANCE

Présidence : M. DEMAY, président

Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale

Le procès-verbal de l'assemblée générale et de la séance du 17 décembre 1945 est adopté.

A propos du procès-verbal de la séance du 17 décembre 1945

M. H. Beaudouin. — La discussion précédente au sujet des « suites éloignées » de l'électro-choc ayant été fort longue, je n'ai pas voulu, lors de la dernière séance, l'alourdir par une intervention supplémentaire. A la réflexion, il m'a paru indispensable d'attirer spécialement l'attention de la Société sur le côté juridique de la question, sur les conséquences, du point de vue de la responsabilité éventuelle, pénales et civiles.

En ce qui concerne les « accidents » immédiats, de pathogénie évidente, — telles, en l'espèce, que fractures, luxations..., — je reste convaincu qu'ils font partie des risques à courir et qu'il est superflu de s'abriter derrière des « autorisations » trop solennelles, et dont la valeur juridique ne me paraît pas absolue. Cela est vrai surtout lorsque le traitement en cause a fait ses preuves, peut être scientifiquement défendu, et qu'il est appliqué à bon escient, autrement dit, si, dans le cas particulier, ses indications sont bien établies.

Mais la possibilité — soulevée par les dernières communications — de mettre au compte d'une thérapeutique donnée un nombre considérable, sinon infini, de lésions ou d'incidents pathologiques qu'elle pourra présenter dans un avenir parfois lointain, me paraît pleine de risques au point de vue que j'évoque ici. Cette attitude ne risque-t-elle pas d'ouvrir un véritable chapitre médico-légal des blessures par imprudence, sans fournir de base indiscutable aux expertises possibles ? Il me semble donc indiqué de demander aux auteurs qui ont apporté ici des opinions contradictoires, sans que des conclusions fermes aient été dégagées, de nous apporter, de façon aussi condensée et aussi précise que possible, des arguments dégagés d'appréciation subjective.

Nomination d'une Commission

Après divers échanges de vues, la Société, sur la proposition de M. Ach. Delmas, décide qu'une commission, composée de MM. Henri Baruk, G. Collet, Jean Delay, Ach. Delmas et Rondepierre, sera chargée de résumer les éléments essentiels paraissant se dégager de la discussion sur l'électro-choc qui a eu lieu lors des séances des 26 novembre et 17 décembre 1945.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le Dr Meuriot, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Carrier, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

des lettres de MM. les Drs Louis Vallade, de Pierrefeu, Henri Ollivier, de Marseille, et de Mlle le Dr Simonne Leuret, de Paris, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux :* une commission, composée de MM. P. Abély, Fribourg-Blanc, Menuau, H. Roger, Genil-Perrin, Heuyer et Henri Baruk, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures.

Présentation d'un vœu de M. René Charpentier concernant l'examen psychiatrique des candidats à l'immigration en France et des candidats à la naturalisation française.

Lecture est donnée de la lettre suivante, adressée par M. le Dr René Charpentier, membre titulaire, au président de la Société médico-psychologique.

Mon cher Président,

Au moment où le premier Gouvernement provisoire de la IVe République vient d'affirmer son souci de tout ce qui touche à la natalité française et à la santé publique en étendant aux questions de population les services du ministère de la santé publique,

au moment où les impérieuses nécessités de sa reconstruction vont mettre notre pays dans l'obligation d'avoir recours à une main-d'œuvre étrangère abondante et variée,

au moment où le problème se pose de l'immigration éventuelle et du reclassement dans divers pays d'apatrides et de ceux que l'on désigne sous le nom de « displaced persons »,

au moment aussi où vont être instruites de nombreuses demandes de naturalisation française antérieurement présentées et en instance, demandes qui, lorsqu'il s'agit de sujets assimilables et désirables, présentent l'intérêt de remédier, dans une certaine mesure, à la baisse qu'il faut espérer temporaire de la natalité,

il me paraît nécessaire et urgent d'attirer l'attention de la Société médico-psychologique sur le problème psychopathologique posé par l'immigration et par les naturalisations.

Cet important problème a déjà retenu l'attention des psychiatres. En 1938, dans « The Journal of Mental Science », Isaac Frost lui a consacré une intéressante étude. Mais s'il est vrai, comme l'écrit cet auteur, que la situation sociale et morale des immigrants soit souvent à la base de la « nostalgie » et des psychoses qu'ils présentent, psychoses justiciables par conséquent de mesures de prophylaxie destinées à faciliter l'adaptation rapide aux conditions de leur vie nouvelle, un autre point de vue semble primordial pour la prophylaxie de ces psychoses. Il paraît, en effet, tout d'abord indispensable de réglementer médicalement l'immigration et de la limiter aux sujets non porteurs de tares héréditaires ou acquises favorisant l'éclosion ultérieure de troubles mentaux.

Les psychiatres ont souvent fait remarquer que le nombre des étrangers internés dans les établissements publics d'aliénés, à la charge par conséquent de la France, est non seulement considérable mais en disproportion flagrante si l'on compare les chiffres de la population française et le nombre des étrangers en France. Tout se passe comme si notre pays recevait de l'étranger un contingent important de malades chroniques, d'aliénés, de criminels.

En 1939-1940, mobilisé mais fonctionnant comme expert auprès

d'un Tribunal des mineurs, j'ai eu trop souvent l'occasion d'examiner des enfants appartenant à des familles étrangères tarées et très prolifiques ; l'enquête des assistantes sociales, de même que l'examen que j'ai pu faire après convocation des autres membres de la famille, a trop souvent confirmé que ces familles entières étaient à la charge de la collectivité, tantôt à l'hôpital, tantôt à l'asile d'aliénés, tantôt à la prison. Or, souvent, ces familles étaient en instance de naturalisation. J'ai donc eu bien des fois à faire remarquer dans mes rapports — mais sans succès — les inconvénients qu'il y aurait à accorder la naturalisation française à des sujets tarés dont la famille entière est destinée à peupler nos hôpitaux généraux, nos hôpitaux psychiatriques, nos tribunaux, nos prisons.

Tous les psychiatres ont eu à constater un grand nombre de faits de ce genre, tant dans les hôpitaux psychiatriques que dans les centres de prophylaxie mentale, ou comme experts devant les Tribunaux pour adultes ou pour enfants.

Aussi, dans sa séance du 26 février 1945, notre Société, sur la proposition de M. H. Beaudouin, a-t-elle justement attiré l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité, « pour l'établissement des dossiers de naturalisation, de garanties aussi sérieuses que possible touchant l'équilibre psychique des candidats ».

Jusqu'à ce jour, cependant, peu semble avoir été fait pour lutter contre cet envahissement par des sujets tarés. A l'étranger, dans les consulats de France qui délivrent les permis d'immigration en France, l'Administration prescrit bien la production d'un « certificat sanitaire », mais, d'une part, ce certificat sanitaire n'est prévu par l'Instruction du 18 octobre 1941 que comme un moyen de défense contre les seules maladies contagieuses, et, d'autre part, j'ai pu récemment constater que cette prescription n'est nullement observée. Si insuffisant soit-il, ce certificat n'est habituellement pas exigé.

On s'explique ainsi l'arrivée en France de sujets tarés. Il n'est pas trop tôt, et il paraît actuellement opportun, de pousser un cri d'alarme, si l'on ne veut pas que notre pays risque de devenir le dépotoir de sujets ailleurs considérés comme indésirables tant à cause de leur rendement illusoire qu'à cause des frais d'assistance occasionnés par eux-mêmes et par leur famille.

Une ordonnance, en date du 2 novembre 1945, relative aux conditions d'entrée et de séjour en France et portant création, auprès du ministère du travail et de la sécurité sociale, d'un Office national *d'immigration,* exige bien un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'Administration à tout étranger venant exercer en France une activité professionnelle ou y sollicitant une carte de « résident ordinaire » ou de « résident privilégié », mais elle ne spécifie pas que cet examen devra être également un examen psychiatrique, lequel ne peut être utilement fait que par un spécialiste.

Une autre ordonnance, en date du 19 octobre 1945, portant code de la nationalité française, stipule bien (article 70), que nul ne peut être

naturalisé « 1° s'il n'est reconnu être sain d'esprit ; 2° s'il n'est « reconnu, d'après son état physique, ne devoir être ni une charge, ni « un danger pour la collectivité », mais elle ne précise pas que seul un spécialiste (et c'est pourtant évident) pourra décider si le candidat à la naturalisation est « sain d'esprit » et ne constitue pas, lui et sa descendance, « une charge et un danger pour la collectivité ».

Or, une commission constituée récemment et chargée d'émettre un avis sur les demandes de naturalisation présentées par des étrangers titulaires du diplôme de docteur en médecine, ne comprend aucun psychiatre. Ce n'est là qu'un cas particulier, mais qui a une importance particulière puisqu'il s'agit de candidats à l'exercice d'une profession dont on ne saurait exagérer l'importance sociale.

Aussi ai-je l'honneur de proposer à la Société médico-psychologique d'émettre le *vœu* suivant et de l'adresser à M. le ministre de la santé publique et de la population et à M. le ministre du travail et de la sécurité sociale :

VŒU

présenté par la Société médico-psychologique
(Société reconnue comme établissement d'utilité publique)

« *Au moment où la constitution en France d'un ministère de la santé publique et de la population affirme le souci du Gouvernement provisoire de la IVe République de veiller à la sauvegarde de la natalité française en même temps que de la santé publique,*

la Société médico-psychologique, Société reconnue comme établissement d'utilité publique, et qui réunit les psychiatres français,

croit devoir attirer l'attention des services compétents sur la nécessité et l'urgence de l'examen médical général, et en particulier de l'examen psychiatrique, des sujets étrangers candidats à l'immigration en France ou à la naturalisation française.

Il n'est pas de psychiatre qui, soit dans les hôpitaux psychiatriques, soit dans les consultations et dispensaires de prophylaxie mentale, soit à l'occasion d'expertises devant les tribunaux, et particulièrement devant les tribunaux pour enfants, n'ait à examiner un grand nombre de sujets de nationalité étrangère, appartenant à des familles qui présentent de lourdes tares héréditaires ou acquises les mettant à la charge de la communauté française dans les établissements d'assistance ou de répression. La proportion anormale de sujets étrangers internés dans les hôpitaux psychiatriques a été bien souvent signalée.

Au moment où les nécessités de sa reconstruction vont mettre la France dans l'obligation d'avoir recours à une abondante immigration de main-d'œuvre et où la fin des hostilités va permettre l'examen de nombreux dossiers de naturalisation en instance, il y aurait lieu :

1° *de rappeler aux consulats de France à l'étranger la nécessité impérieuse du certificat sanitaire prévu par les instructions en vigueur (mais trop souvent oublié), préalablement à l'autorisation d'entrée en France des candidats à l'immigration ;*

2° *d'étendre ce certificat, actuellement prévu seulement comme un moyen de défense contre les maladies contagieuses (Instruction du 18 octobre 1941 sur le visa des passeports étrangers), à l'examen général,* et par des médecins qualifiés, *de l'état physique et de l'état mental de tout candidat à l'immigration en France ;*

3° *de soumettre à un examen médical et à un* examen mental par des médecins qualifiés *tout candidat à la naturalisation française ;*

les mêmes précautions devant être exigées pour les candidats à l'immigration et pour les candidats à la naturalisation. »

Veuillez accepter, je vous prie, mon cher Président, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

René CHARPENTIER.

Discussion et adoption de ce vœu

Sur la proposition du *président,* la Société, en raison de l'urgence, décide de passer à la discussion immédiate.

Après un bref échange de vues, le *vœu* précédent, mis aux voix, est *adopté à l'unanimité.*

Il sera présenté à M. le ministre de la santé publique et de la population et à M. le ministre du travail et de la sécurité sociale.

Nomination des Commissions des Prix

PRIX MOREAU DE TOURS

Un mémoire a été déposé.

Une commission, composée de MM. Jean DELAY, DUBLINEAU et MINKOWSKI, rapporteur, est désignée pour l'examen de ce mémoire.

PRIX AUBANEL

Aucune candidature n'a été présentée.

Le *prix Aubanel* sera de nouveau mis au concours en 1949.

LEGS CHRISTIAN

Une thèse a été présentée.

Selon l'usage, l'attribution du *prix Moreau de Tours* et du *legs Christian,* ainsi que le choix de la question à proposer pour le prix Aubanel 1949, auront lieu à la séance du *lundi 27 mai 1946.*

Election d'un membre titulaire non résidant

Après lecture d'un rapport de M. BROUSSEAU, au nom d'une commission composée de MM. GUIRAUD, MARCHAND, MEURIOT et BROUSSEAU, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. MASQUIN .... 18 voix.
M. LAGACHE .... 6 voix.

M. le Dr MASQUIN, d'Avignon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est élu *membre titulaire de la Société médico-psychologique.*

Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire

Deux places de membres titulaires résidants sont déclarées vacantes. Les déclarations de candidature seront reçues jusqu'au dimanche 24 février 1946 inclus. Les élections auront lieu à la séance du *lundi 25 mars 1946.*

COMMUNICATIONS

L'anesthésie affective, par M. Eug. MINKOWSKI.

Ma dernière communication remonte au mois de décembre 1940, il y a exactement cinq ans. Ces années se sont écoulées lentement, lourdement, douloureusement. Et si aujourd'hui je réalise le dessein de m'associer à nouveau d'une façon plus active aux travaux de notre Société, vous comprendrez aisément mon émotion, émotion d'autant plus grande que vous venez de me donner une preuve de votre sympathie, et, laissez-moi dire, de votre confiance et de votre estime, qui ont un prix inestimable à mes yeux.

De nos jours où il est tant question d'existentialisme, la simple affirmation : « Nous sommes encore là », est lourde de toute une métaphysique, de la métaphysique 1945. Cette métaphysique, je ne veux pas la développer devant vous, de crainte de vous voir regretter le geste que vous venez d'accomplir à mon égard. Tout en venant puiser dans les expériences recueillies au cours de ces dernières années, je préfère parler psychopathologie et psychologie. Ces expressions, nous aurions aimé qu'elles nous fussent épargnées, mais, du moment que le sort en a décidé autrement, nous éprouvons le besoin de nous pencher davantage sur elles.

Nous voudrions parler ici de l'état d'âme des déportés rapatriés. Nos expériences portent avant tout sur les victimes des persécutions raciales, mais il paraît probable que les données

ainsi recueillies sont en grande partie superposables aux constatations faites par ailleurs.

A entendre les déportés narrer leurs épreuves, on ne résiste point à un sentiment d'effroi. A y regarder de plus près, cet effroi connaît deux sources distinctes. D'une part, le contenu du récit, c'est-à-dire les atrocités connues de tous, sur lesquelles sciemment nous n'insistons point ici. A ce contenu, revient incontestablement la plus large part. Pourtant, il n'est pas tout. A côté de lui, vient se placer la *manière* dont est fait le récit, et elle aussi est effroyable.

Le déporté narre, il y met même une certaine volubilité, tout prêt, comme mû par un besoin intérieur, à recommencer sans fin le même récit. Mais il ne fait que narrer, il ne vibre point. Les pires horreurs, il les récite sur un ton monocorde, d'une voix terne, avec une mimique pauvre, figée, peu expressive. Il ne s'émeut point. Ce n'est qu'une narration. Et cet écart énorme entre le contenu et la manière est presque en fin de compte tout aussi saisissant que le contenu lui-même. Nous nous trouvons en présence d'un être humain dégradé, au sens psychologique du terme, détérioré, profondément touché dans ses forces vives.

A ce point de vue, ils sont presque tous pareils. Ils se ressemblent et forment une sorte de série grise, comme le furent leur vie et leurs uniformes de bagnards, et comme le sont leurs numéros tatoués sur l'avant-bras. Il m'est arrivé d'examiner un jour deux garçonnets de huit ans ayant passé trois à quatre ans dans des camps d'extermination. Je n'ai pu traduire autrement l'impression produite qu'en disant que si on avait placé un paravent entre moi et mes petits interlocuteurs, jamais je n'aurais pu dire leur âge. Ces constatations concordent avec celles faites par d'autres l'année dernière.

Il paraît permis de parler d'engourdissement ou d'anesthésie affective. Le fait n'est pas nouveau ; il ressort seulement de nos jours avec une intensité, avec un relief particuliers ; il pénètre dans la vie collective, la domine en partie et se montre tenace et durable.

Il nous faut maintenant essayer de situer le phénomène observé par rapport aux autres troubles de l'affectivité et de nous appesantir davantage sur sa genèse. Pour commencer par ce dernier point, il est évident que nombre de facteurs différents agissent ici dans le même sens. Nous ne saurions mésestimer l'épuisement physique extrême dû à une alimentation dérisoire. Mais il ne paraît guère que ce soit l'unique cause. A côté, une place

importante revient à la misère morale, à la souffrance sans nom qu'ont endurée les victimes du nazisme.

Cela nous mène à une étude des effets de la souffrance, de la souffrance qui se prolonge et qui, du fait de sa durée, change de caractère. C'est que la souffrance, comme tout dans la vie, ne reste point identique à elle-même, mais a, si l'on peut s'exprimer ainsi, son histoire. Ici, nous pouvons évoquer des expériences personnelles et dans lesquelles la misère physique n'a joué certainement qu'un rôle secondaire. Souffrir, nous avons tous souffert et nous avons souffert d'une façon continue. Mais la souffrance de juin 1940 et la souffrance de 1942 ou de 1943 ne sont plus la même souffrance. Aiguë, poignante, vibrante, vivante allions-nous presque dire, mettant en jeu l'existence même, appelée, dirait-on, à nous faire sombrer, à nous anéantir par son intensité même, liée ainsi à l'image du néant destiné à engloutir toute valeur positive de la vie, accompagnée du désir de mort et de suicide que nous trouvions tout naturel en ces journées tragiques, à son apogée ainsi dès le début, vers 1942 ou 1943, cette souffrance était devenue plus terne, ténue, monotone et atone. Elle avait bien plus d'une corde distendue que d'une corde tendue à l'extrême et qui menaçait de se rompre à chaque instant. Chaque jour presque, des amis, des proches disparaissaient, s'en allaient vers le martyre inconnu. Combien de fois, ne nous est-il pas arrivé de nous dire que nous aurions dû réagir davantage ; parfois même, nous sentions en nous comme un effort volontaire pour prolonger, pour approfondir notre réaction, pour la rendre telle qu'elle aurait dû être, comme elle aurait été si notre personnalité avait été encore la même, si elle-même n'avait subi cet engourdissement progressif, sous l'emprise de la souffrance, auquel on ne résiste point. Effort condamné, du reste, d'avance à l'impuissance, s'évanouissant aussi rapidement qu'il était né, expression lui-même de ce ternissement fatal de la vie à la suite des épreuves endurées. On ne prolonge point, on ne rend point plus vibrantes, par un effort de volonté, les réactions affectives.

C'est probablement l'instinct de conservation qui est à la base de ce ternissement de nos réactions affectives. Si nous avions réagi pleinement, de tout notre être, comme l'exigeaient les événements, nous aurions succombé peut-être sous le poids même de la souffrance. Quoi qu'il en soit, il semble permis d'affirmer que la souffrance qui se prolonge, du fait même de sa durée, finit par diminuer sa propre tonalité, par se détruire elle-même pour ainsi dire, au prix évidemment de la détérioration profonde de la

personne tout entière. Chez les déportés, ce processus atteint son maximum.

Ont-ils conscience de leur état ? Oui et non. Si l'on y fait allusion, ils acquiescent d'habitude. Parfois, ils le constatent eux-mêmes et en parlent. Mais cette connaissance elle-même est comme amoindrie, est atone comme l'est la souffrance elle-même. Leur état d'âme est tout différent de celui qu'en clinique, nous désignons du nom d'anesthésie douloureuse. Il s'agit là de malades qui, réellement, pour paradoxal que cela puisse paraître, ressentent douloureusement leur incapacité de sentir et s'en alarment, signe précurseur souvent de troubles de l'affectivité plus graves. Chez nos déportés, il semble bien plus justifié de parler de douleur anesthésiante, car c'est au fond la souffrance qui mène à la longue à l'anesthésie.

Cette constatation nous permet maintenant de mieux apprécier la douleur morale du mélancolique. Ce qu'il y a de pathologique en elle, ce n'est pas seulement qu'elle ne repose sur aucune raison valable, sur aucun événement réel, mais encore que, vue cette fois-ci dans la perspective du temps, elle reste semblable à elle-même tant que dure l'accès. Dans la vie, comme nous disions plus haut, tout se meut, tout change, tout évolue, tout naît, et se meurt avec le temps. Le temps panse les blessures, c'est naturel. Et, comme contre-partie, la souffrance qui se prolonge et renaît toujours à nouveau finit par anesthésier, par une sorte d'épuisement des réactions affectives. La douleur morale du mélancolique ne bouge point, elle reste immobile, et si elle détermine au premier abord en nous une certaine résonance, contrairement aux réactions de schizophrène, sous forme d'un mouvement de compassion compréhensive, elle nous lasse et se reforme à nouveau, à cause de son immobilité même, lorsqu'il nous arrive de vivre côte à côte, des semaines entières, auprès d'un mélancolique. Au fond, cette douleur procède, dans le temps, de la même psychorigidité, pour parler avec Montassut, que l'idée délirante, ou, si l'on aime mieux, et en élargissant la notion du délire, elle est aussi délirante, non pas à cause de son irréalité, mais à cause de cette rigidité, que l'est l'idée délirante elle-même. Cela nous fait dépasser l'éternelle question de savoir si dans la mélancolie c'est l'émotion qui engendre l'idée ou si c'est au contraire l'idée qui secondairement appelle l'émotion ; l'une et l'autre n'étant au fond, comme nous nous sommes efforcés de le montrer ailleurs, que l'expression d'un trouble plus profond, l'une sur le versant

de l'idée, l'autre sur le versant du sentiment. Cela nous rend compte aussi de ce que l'accès mélancolique peut fort bien avoir trait à un réel événement attristant, et n'en reste pas moins une réaction pathologique, de même que l'est toute fixation rigide et immobile à un événement de cet ordre ; de même encore qu'un délire de jalousie ou de persécution peut fort bien avoir trait à un fait réel, et n'en pas rester moins pour cela un événement délirant. L'essentiel est là, semble-t-il, l'inflexible conviction délirante ; il resterait à expliquer pourquoi dans la très grande majorité des cas, elle se traduit par des idées fausses.

Nous voyons ainsi le chapitre sur la physiologie et la pathologie de la souffrance s'étendre devant nos yeux. Il nous faut encore situer l'anesthésie affective par rapport à l'indifférence des schizophrènes. Elle s'en rapproche en ce sens que, comme elle, elle nous frappe par l'absence de tonalité affective appropriée. Le schizophrène aussi, en relatant les événements de sa vie, pèche par excès d'objectivité ; il fait un récit et parle de lui-même, d'événements souvent tragiques et douloureux, comme s'il s'était agi d'une tierce personne. En l'écoutant, ce récit monotone, sans notes plus chaudes, plus subjectives, plus vibrantes, détermine en nous un mouvement de recul. L'indifférence du schizophrène est froide et distante. Nous ne saurions en dire autant de l'anesthésie affective. Le schizophrène est un être différent, l'anesthésié affectif est un pauvre être, et cela non seulement à cause de son passé que nous connaissons, mais encore à cause de l'impression d'impuissance affective qu'il nous donne. De plus, l'indifférence schizophrénique vient s'intégrer à un syndrome particulier caractérisé par l'autisme, par la « Spaltung », par la discordance, elle peut connaître des expressions affectives en connexion avec les complexes du malade. Chez les déportés, l'anesthésie affective fait partie d'un tableau différent. Nous ne saurions insister ici davantage sur ce point. Disons seulement que chez maint jeune déporté juif, ayant passé des années au camp de Buchenwald, nous avons constaté une profonde détérioration de la personnalité tout entière, allant de pair avec un abaissement notable du sens social et du sens moral, avec une méfiance craintive, avec une prédominance de primitives réactions impulsives et instinctives, conséquence plus que compréhensible de la vie — si on peut parler encore de vie — qu'ils ont menée. Nous nous trouvons en présence de conduites à basse tension psychologique (P. Janet).

Les schizophrènes nous parlent parfois de leurs souffrances ;

ils le font sur un ton impassible et froid, incapable de nous émouvoir. Un de mes malades, sous prétexte de détente psychologique, pouvait pendant une heure et plus aligner des phrases qui commençaient toutes par : « Je souffre. » Il le faisait d'une façon stéréotypée presque sans nulle tonalité. A l'entendre, en dehors d'un sentiment de monotonie et de lassitude, un doute se glissait dans l'esprit : « Souffre-t-il réellement ? N'est-ce point du simple verbalisme ? » Mais lorsque nous lui faisions part de ce doute, avec un sourire ironique et presque hautain, il nous répondait : « Ah, si vous étiez à ma place ! » Au fond, il était aussi difficile de nier que d'affirmer la réalité de la souffrance dont il parlait avec tant de persévérance. Il fallait se dire qu'il souffrait, mais qu'il souffrait à sa façon et que cette souffrance ne trouvait point d'écho en nous.

Au fond — et c'est là un point cardinal — la souffrance comme toute manifestation plus profonde de notre vie affective ne trouve son achèvement et sa pleine réalité que dans la mesure où elle détermine un écho chez autrui. C'est ce qui différencie l'affectivité d'avec la simple émotivité et de ses manifestations. En elle, son et écho se confondent, ou plus exactement c'est l'écho qui la porte et qui en est le fondement, le signe primitif. Pour qu'il y ait souffrance réelle, il faut être au moins deux. Les troubles de l'affectivité doivent probablement être, eux aussi, envisagés sous cet angle.

Tout à l'heure, à propos de la schizophrénie, nous avons parlé de verbalisme. Nous donnons à ce terme d'habitude un sens péjoratif ; nous portons un jugement de valeur sur l'emploi des mots et sur la portée de ce qu'ils doivent exprimer. Notre malade parle de souffrance, mais peut-être ne souffre-t-il pas du tout. Pourtant, le verbalisme qui parfois trouve une telle extension dans la vie, à y regarder de plus près, soulève lui-même un problème. Comment est-il en général possible ? Comment se fait-il que le verbe se détache du fond vivant auquel à l'origine il adhère, et, après avoir acquis une sorte d'autonomie, est manié comme tel ? La discussion verbale est stérile. Ceux pourtant qui y prennent part croient fermement qu'ils discutent et qu'ils progressent en le faisant. Ils n'ont peut-être pas entièrement tort. Le verbalisme n'est pas encore du simple verbiage. Il semble traduire une façon d'être particulière, appauvrie incontestablement par rapport à la tonalité de la vie et située sur un plan plus superficiel, là où le verbe détaché de sa source trouve les conditions requises pour pouvoir régner en maître. Une partie

des manifestations schizophréniques semblent relever de cette sphère.

La souffrance dont nous parle le schizophrène ne trouve point d'écho en nous ;. elle nous paraît verbale. En présence de nos déportés, nous vibrons de tout notre être, mais ce mouvement allant vers eux se heurte à leur anesthésie affective et reste sans objet, pour ainsi dire, trouve une sorte de vide devant lui.

Cela nous fait dire qu'ils ne « réalisent » pas ou ne réalisent pas encore toute l'étendue de cette détresse qui est la leur. Avons-nous, nous, réalisé toute l'atrocité de la période dont nous venons d'être les témoins plus ou moins directs ? Mais que veut dire « réaliser » ? Le recul historique peut permettre de porter un jugement plus objectif sur des événements qui dans le présent nous débordent. Mais ce n'est pas tout. La réalisation affective consiste à répondre par des réactions pleines et entières aux événements qui se déroulent autour de nous, pour atroces, tragiques et lugubres qu'ils soient. Nous avons bien moins souffert que nos déportés, mais touchés dans nos sources vives, nous ne trouvons pas encore en nous assez de forces pour répondre pleinement aux appels du passé, aux appels du présent qui n'est encore qu'un reflet de ce passé. Les déportés ont été bien plus touchés que nous ; leur personnalité a été plus profondément détériorée ; nous les avons souvent trouvés anesthésiés. Nous souhaitons qu'ils arrivent à réaliser ; car c'est à ce prix seulement, pour douloureuse que soit cette épreuve, qu'ils arriveront à recouvrer leurs personnalités. Quelques-uns sont en train de le faire sous nos yeux. Après une période de bien-être physique et d'atonie morale, ils remaigrissent, se plaignent de « cafard », commencent à ressentir douloureusement une solitude extrême dans la vie, conséquence du massacre de tous leurs proches, dont ils ont été souvent les témoins oculaires, auquel ils ont été contraints parfois de prendre eux-mêmes une part active. Comme eux, et avec eux, nous devons « réaliser » nous-mêmes.

En tant que psychiatres, au sens large et avant tout humanitaire du terme, en tant que médecins de l'âme, nous ne pouvons pas ne pas nous pencher sur tous ces problèmes psychologiques et psychopathologiques de notre vie. C'est pourquoi je me suis permis d'en entretenir notre société.

J'ai touché à trop de problèmes, je le sais. Reflet du passé, cette communication est à certains égards peut-être inachevée, confuse, comme l'est encore la vie elle-même.

DISCUSSION

M. Ach. DELMAS. — S'agit-il d'épuisement physique ou plutôt de phénomènes plus proprement psychologiques? Je me demande si les deux faits sont ici suffisamment séparés. Dans la réparation physique, il y a deux points de vue à considérer: un point de vue proprement d'engraissement, puis un autre, plus lent, de récupération nerveuse, si l'on en croit certains faits de névraxite par carence ayant laissé vertiges, parésies, troubles neurologiques. La récupération neurologique est peut-être plus lente que le reste de la réparation physique.

D'autre part, le rapprochement avec l'anesthésie affective des mélancoliques serait à discuter. Il y a, en effet, entre les ordres d'états, une grosse différence. Il y avait chez les déportés plutôt un état monocorde que cette douleur et cette souffrance dont se plaignent les mélancoliques. C'est d'ailleurs dans cette différence qu'on pourrait voir la preuve de l'origine plus physique du trouble chez les déportés.

M. MINKOWSKI. — Il est assez difficile de séparer les deux facteurs. Le fait commotionnel joue un rôle important à côté de l'épuisement physique. Nous connaissons tous, en effet, des cas d'épuisement physique non touchés au point de vue émotionnel.

M. DAUMÉZON. — Nous avons observé souvent, chez les prisonniers rapatriés, un état à type d'anesthésie affective, morosité, indifférence. Il y a d'ailleurs souvent un intervalle libre entre ces faits et le moment du retour. Lors de l'euphorie du retour, les sujets se présentaient comme normaux. Puis, apparaissait l'état pathologique. Or, il n'est pas question ici, en général, d'épuisement physique. Dans cinq ou six de mes observations, il s'agissait, en effet, de sujets qui avaient passé leur captivité dans des conditions satisfaisantes.

M. MINKOWSKI. — Les faits de cet ordre sont sur un autre plan. Les prisonniers connaissaient la vie collective et bénéficiaient, dans une certaine mesure, d'une ambiance morale. Le fait de l'intervalle libre doit faire penser, chez eux, à une réaction dépressive à retardement. Nous avons tous observé des cas de cet ordre, en particulier après la guerre de 1914-18, avec dépression et cauchemars, où les intéressés revivaient leurs scènes de guerre. C'était là autre chose.

M. H. EY. — Une question domine nécessairement tout le débat. Un état émotionnel, de « désespoir », le « spleen », le « découragement », l' « anxiété » ou le « dépaysement », constituent-ils en soi une psychose ? Pour ma part, je ne le crois pas et l'intérêt de la communication de M. Minkowski est précisément de nous montrer comment une analyse structurale des troubles qu'il décrit les distingue des psychoses comme la mélancolie et la schizophrénie. Quand des hommes ont touché ainsi le fond de l'angoisse, de la peur, de la misère et du martyre, il faut bien, — dans la mesure même, dirai-je, où ils ne sont pas malades, — qu'ils éprouvent une réaction proportionnelle à l'horreur

de la situation vécue et capable même de survivre quelque temps aux conditions d'existence qui l'ont engendrée. De tels états psychiques, dans la mesure où ils sont « réactionnels », « psychogénétiques » et « compréhensibles », au sens de Jaspers, sont normaux. Rien n'illustre mieux la « contradiction *in adjecto* » que contient la notion de « psychose réactionnelle ».

M. Ach. Delmas. — Le problème qui vient d'être posé par M. Ey est très important. On ne peut nier cependant que la dépression émotive peut avoir tous les degrés et donner toute la gamme des psychoses émotives.

Troubles mentaux et hypertension artérielle. Splanchnicectomie et électro-choc *(suite d'une précédente observation)*, par MM. A. Donnadieu, Relier et R. Felix.

La plus élémentaire loyauté aussi bien que la simple probité scientifique nous amènent à évoquer aujourd'hui devant vous l'observation d'un malade que nous vous soumettions dans la séance du 12 avril 1943.

Il s'agissait d'un homme de 62 ans qui présentait un état d'obnubilation marquée et d'excitation violente, procédant par phases plus ou moins rapprochées d'une durée de plusieurs jours ou semaines et évoluant parallèlement à des changements brusques de la tension artérielle. Traité médicalement pendant trois mois, sans résultat appréciable, on pratiquait chez lui une splanchnicectomie qui fut suivie d'une régularisation au moins temporaire de la tension artérielle et de la disparition immédiate des troubles mentaux. La conclusion que nous tirions de cette observation était que les troubles mentaux dépendaient des brusques dénivellations de la tension et que leur guérison était la conséquence de sa régularisation.

A la suite de cette présentation, M. Lhermitte avait soutenu que l'hypertension ne donnait pas de troubles mentaux réels, sauf s'il y a décompensation ou poussée extrêmement marquée, et M. Delay avait attiré l'attention sur le fait que ce malade avait dans le sang un taux d'urée de 0 gramme 78.

M. G..., qui avait été opéré le 16 juin 1942, avait quitté l'hôpital le 8 juillet de la même année, et ne présenta plus aucun trouble mental jusqu'au mois de juillet 1944, soit pendant 2 ans. Le 8 juillet 1944, il devait être à nouveau hospitalisé, présentant le même syndrome mental que lors de l'internement précédent. On voyait à nouveau se succé-

der des périodes de calme et d'agitation, d'obnubilation et de lucidité avec les mêmes irrégularités tensionnelles qu'autrefois. Le taux de l'urée était de 0 gr. 55. Les traitements habituels de l'hypertension, y compris des infiltrations du splanchnique restant, se succédaient sans apporter de modifications dans l'évolution de la maladie. Aussi le 10 janvier, c'est-à-dire 6 mois après le début de cette situation, décidait-on, malgré l'hypertension artérielle, d'essayer une cure d'électro-choc. Dès la première séance, le malade redevenait calme, lucide, et le demeurait. Cinq électro-chocs étaient pratiqués au total. Le malade quittait l'hôpital, guéri, le 3 mars 1945.

Cette observation nous a paru intéressante à vous rapporter à plusieurs points de vue :

1° Elle montre tout d'abord que l'électro-choc peut être bien supporté par un malade hypertendu. La tension artérielle prise matin et soir n'a pas montré d'élévation consécutive aux séances. Il apparaît même que la courbe présenta durant la période du traitement et celle qui suivit immédiatement une certaine régularité. Mais une dizaine de jours après la fin des séances, à nouveau le déséquilibre tensionnel apparaissait sans toutefois provoquer la reprise des troubles mentaux.

2° Ni l'œdème cérébral, ni l'azotémie ne paraissent être à l'origine des troubles observés. D'une part, lors du dernier internement, le taux de l'urée n'était que de 0 gramme 55, d'autre part la disparition immédiate des troubles tant après la splanchnicectomie qu'après le premier électro-choc contredit ces hypothèses pathogéniques.

3° Contrairement à ce que nous pensions lors de notre première publication, les troubles présentés ne peuvent être considérés comme dus seulement à l'hypertension artérielle ou aux variations de la tension. Tout d'abord, comme il est de règle après la splanchnicectomie, la tension artérielle est remontée peu à peu sans déterminer pendant deux ans de troubles mentaux. Ensuite l'action favorable de l'électro-choc est venue démontrer que si les troubles mentaux avaient disparu après la splanchnicectomie, ce n'est pas par l'intermédiaire de la chute de la tension, celle-ci ne s'étant pas produite après l'électro-choc.

Il est par contre intéressant de souligner qu'en sectionnant le splanchnique aussi bien qu'en pratiquant l'électro-choc, on a agi sur un même système, le système neuro-végétatif, puisqu'ainsi que les nombreux et intéressants travaux de M. Delay et de ses élèves l'ont montré, l'action de l'électro-choc s'exerce sur le diencéphale.

L'hypotension intra-cranienne,
par MM. Puech, Bessière et Morice.

L'hypotension intracranienne a pris place à côté de l'hypertension intracranienne.

Depuis le travail princeps de Leriche (1919) sur *l'hypotension post-traumatique,* les neurochirurgiens ont signalé : *l'hypotension post-opératoire,* dont Mahoudeau (1936) a fait l'objet de sa thèse, puis, à Ste-Anne, dans une série de travaux, nous avons isolé les *formes non traumatiques de l'hypotension intracranienne.*

Nous voudrions aujourd'hui tracer brièvement le tableau actuel de l'hypotension intracranienne et insister sur le retentissement neuropsychique des pertubations de l'hydrodynamique céphalo-rachidienne et sanguine du système nerveux.

L'hypotension intracranienne se traduit anatomiquement par un affaissement du cerveau qui est trop au large dans sa boîte, et par une hypotension, mesurée au manomètre, du liquide ventriculaire. Ces deux faits sont vérifiés sur le sujet vivant par la trépano-ponction exploratrice qui assure le diagnostic et constitue d'autre part le premier temps du traitement.

Morice, dans sa thèse, a relevé 112 cas d'hypotension intracranienne anatomiquement vérifiés, dans une série de 2.184 interventions cérébrales pratiquées par Puech. L'expérience montra que l'hypotension apparaît dans 2 conditions différentes. Tantôt elle est d'apparence spontanée (20 %), tantôt, au contraire, elle est secondaire (80 %) et dans ce dernier cas elle est post-traumatique (40 %), post-opératoire (15 %), secondaire à une affection neuropsychiatrique (20 %), ou secondaire à un acte thérapeutique (5 %) (1). Dans la pratique courante, l'hypotension intracranienne est observée avec une fréquence égale, soit par les médecins, soit par les chirurgiens.

I. Les hypotensions intracraniennes des médecins. — Les hypotensions intracraniennes observées par les médecins se présentent sous deux aspects selon que l'hypotension est d'apparence primitive ou bien qu'elle est nettement secondaire.

A) Les formes primitives de l'hypotension intracranienne réalisent elles-mêmes deux tableaux spéciaux : l'une neurologique, l'autre psychiatrique.

(1) En raison des nécessités de restreindre le volume de ce travail, nous ne donnerons aucune observation au cours de l'exposé. Nous renvoyons le lecteur à la *thèse* de Morice (Paris, 1945, Doin éditeur).

a) *Les formes psychiatriques* de l'hypotension intracranienne sont fréquentes. Elles revêtent les masques de *l'accès mélancolique* (Puech, Bessière, Micoud, Brisson) ; de la *confusion mentale* (Bessière, Cherrer, Puech, Perrin, Kœchlin, Delay, Maillard) ; *de l'accès maniaque* (Puech, Perrin, Kœchlin). Il arrive fréquemment que ces tableaux s'intriquent dans un syndrome de *psychose-maniaco-dépressive,* à alternances variables avec le degré de l'hypotension.

L'hypotension à symptômes psychiatriques est diagnostiquée par trépano-ponction ; elle mérite d'être reconnue et traitée.

Abandonnée à elle-même, elle se complique par l'apparition de crises d'épilepsie bravais-jacksoniennes ou généralisées, d'hémiplégie, et le coma fatal est à redouter. La guérison est obtenue par rétablissement d'une pression intracranienne normale après injection d'air et de sérum dans les ventricules.

b) *Les formes neurologiques* sont également très importantes. Le type le plus fréquent revêt le *masque du ramollissement ou de l'hémorragie cérébrale :* il faut savoir en face d'un coma hémiplégique penser à l'hypotension et guérir le malade en rétablissant une tension ventriculaire normale. Un autre aspect particulier est réalisé par *la forme pseudo-tumorale* de l'hypotension intracranienne. Celle-ci revêt 3 aspects principaux :

1° Tantôt l'hypotension intracranienne réalise le *tableau classique de l'hypertension intracranienne sans signes de localisation,* avec céphalées, vomissements et œdème papillaire ;

2° Tantôt l'hypotension réalise un *syndrome d'hypertension avec signes de localisation trompeurs*, qu'il s'agisse de crises bravais-jacksoniennes ou bien qu'un syndrome infundibulo-tubérien, qui est de règle dans l'hypotension (troubles du caractère, polyurie, déshydratation, narcolepsie et coma terminal) ;

3° Enfin, l'hypotension peut réaliser le *tableau de l'épilepsie généralisée,* dite essentielle de l'adulte et évoluer vers l'épilepsie subintrante fatale si l'intervention neuro-chirurgicale, n'est pas pratiquée d'urgence. Il faut connaître ces formes d'hypotension pour éviter des erreurs regrettables.

B) Les formes secondaires de l'hypotension intracranienne qu'observent les médecins sont fréquentes (25 %).

a) Au cours *d'affections neuropsychiatriques diverses* telles que la méningite cérébrospinale, une hémorragie méningée, une hémorragie ventriculaire ou une encéphalite, nous avons décrit des cas d'hypotension intracranienne neuro-chirurgicalement

curables, malgré la gravité du tableau clinique. A plusieurs reprises, nous avons insisté sur la fréquence chez les malades mentaux de l'existence d'une dilatation ventriculaire, et aussi des troubles de l'hydrodynamique du liquide céphalo-rachidien dans l'apparition et l'évolution des troubles mentaux. C'est souvent à l'occasion d'une poussée d'hypotension ou d'hypertension que l'hydrocéphalie ventriculaire est reconnue. Thiébaut et Daum ont très justement insisté récemment sur ce fait.

b) Au cours des *maladies infectieuses ou toxiques générales* les perturbations de l'équilibre céphalo-rachidien (œdème, méningite séreuse ou hypotension) sont très fréquentes. Elles expliquent toute une série de syndromes neuropsychiatriques observés chez les malades. Il semble bien que dans le syndrome malin des maladies infectieuses, dans le syndrome pâleur hyperthermie, dans les accidents graves observés par les auristes au 4[e] jour de l'intervention, l'hypotension joue un rôle important et qu'une thérapeutique neuro-chirurgicale soit indiquée.

c) Au cours *d'actes thérapeutiques divers,* l'hypotension intracranienne peut apparaître également. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer un cas de méningite cérébro-spinale stérilisée par le dagenan mais tombé progressivement dans un coma hyperthermique d'apparence fatal. Avant la trépano-ponction, tout portait à croire qu'on était en présence d'une méningite ventriculaire cloisonnée. Il ne s'agissait que d'une hypotension intracranienne, qui guérit par une injection de sérum dans le ventricule. De même nous avons observé deux cas d'hypotension intracranienne graves à la suite de traitement radiothérapique intensif. L'intervention chirurgicale pratiquée montra un cerveau affaissé et une hypotension intracranienne considérable alors que cliniquement nous avions cru à une hypertension.

Telles sont les formes secondaires les plus fréquentes d'hypotension intracranienne que voient les médecins. Dans la majorité des cas, il s'agit de cas neuro-chirurgicalement curables, il n'en reste pas moins vrai qu'il existe des formes récidivantes et fatales d'hypotension intracranienne. Dans un cas, nous avons vérifié que cette forme récidivante était due à une sclérose avec atrophie des plexus choroïdes (Puech, Lhermitte, Buvat, Lerique, Perrin).

II. Les hypotensions intracraniennes observées par les chirurgiens. — Les hypotensions intracraniennes observées par les chirurgiens se présentent sous deux aspects : l'hypotension traumatique vraie et l'hypotension post-opératoire.

A) L'HYPOTENSION TRAUMATIQUE VRAIE, décrite par Leriche, est la plus fréquente (40 %). Elle apparaît soit comme un accident des traumatismes récents du crâne, soit comme une complication tardive.

a) Parmi les accidents précoces des traumatismes craniens, l'hypotension apparaît aussi bien dans les traumatismes cérébraux ouverts avec issue de liquide céphalo-rachidien que dans les traumatismes cérébraux fermés. Lorsque vers le 4ᵉ ou 5ᵉ jour qui suit le traumatisme, on voit le blessé souffrir de céphalées intenses, se déshydrater progressivement, avoir de la polyurie et tomber dans un coma hyperthermique, il faut penser à la possibilité d'une hypotension intracranienne. On pensera davantage à l'hypotension qu'à l'hypertension si, à la phase prodromique, les troubles ne s'accompagnent pas d'altération de la respiration, du pouls ni de la déglutition. Seule, dans bien des cas, la ponction ventriculaire permettra le diagnostic et le traitement, parant ainsi à l'issue fatale.

b) L'hypotension post-traumatique tardive est très fréquente. On sait qu'elle peut être responsable des céphalées tenaces dont souffrent parfois les blessés de la tête. Lorsqu'il s'agit d'un trépané, l'étiologie de ces céphalées apparaît clairement lorsque l'on voit la dépression de la cicatrice. Elle peut être responsable d'un certain nombre de cas de syndromes post-commotionnels. Elle est enfin à l'origine de syndromes neuropsychiatriques post-traumatiques plus accusés et revêt alors un des aspects cliniques que nous avons signalés aux formes primitives. Dans bien des cas, l'hypotension intracranienne n'est pas isolée, son association avec l'atrophie et sclérose cérébrale localisée ou diffuse, rend compte d'un certain nombre d'échecs thérapeutiques.

B) L'HYPOTENSION POST-OPÉRATOIRE. — Bien connue des neuro-chirurgiens, a fait l'objet de la thèse désormais classique de Mahoudeau. C'est la moins fréquente des différentes formes d'hypotension intracranienne (15 %). Cette fréquence doit se réduire encore si les neuro-chirurgiens ont soin de rétablir une pression ventriculaire normale après l'intervention.

Nous espérons avoir montré la fréquence, la variabilité et la difficulté de diagnostic de l'hypotension intracranienne. Ce diagnostic doit être fait néanmoins car le plus grand nombre des cas d'hypotension est curable.

L'hypotension intracranienne traduit à notre sens une perturbation des centres nerveux du métabolisme hydrique encéphalique et un trouble de l'hydraulique céphalo-rachidienne. Si dans

un certain nombre de cas limités, l'hypotension est due à une lésion incurable des organes de production et de résorbtion du liquide céphalo-rachidien, il semble bien que dans la plupart des cas la perturbation est purement fonctionnelle et réversible. Les centres nous paraissent devoir être situés au niveau du tronc cérébral et en particulier au niveau du IIIe ventricule. Dans l'étiologie des troubles de l'hypotension, nous croyons qu'il faut incriminer une perturbation des centres supérieurs sympathiques.

Hypercalcémie et états dépressifs, par M. P. Carrette.

Le malade qui est à l'origine de cette note est entré à la clinique de Saumery à la fin de 1942, pour un état d'asthénie et de découragement qui faisait craindre à son entourage une tentative de suicide à brève échéance.

Observation. — C'était un homme intelligent, de haute taille, très amaigri (1 m. 82 pour 49 kg.), âgé de 51 ans, qui avait subi, trois mois avant son arrivée à la clinique, une parathyroïdectomie pour un rhumatisme rebelle et douloureux, intervention qu'il avait réclamée avec véhémence, dont il avait proclamé la logique et la nécessité. Son activité, jadis très grande, était totalement supprimée. Il vivait confiné au lit, ne pouvant se déplacer qu'avec des béquilles ; les articulations des pieds et des mains avaient été le siège de déformations énormes. Son impotence était réelle, mais il ne tentait rien pour la diminuer. Il était hanté par son état et s'attendait à une mort prochaine provoquée par la paralysie intestinale, situation, disait-il, qui rendait son suicide inutile.

Il refusa d'abord tout traitement. Ses douleurs violentes l'obligeaient à employer des analgésiques et des hypnotiques, ce qui augmentait l'inertie du tube digestif. Il ne voyait qu'une solution à cette situation : prélever sur le chirurgien les deux parathyroïdes que celui-ci lui avait enlevées pour les lui greffer. Sa responsabilité était évidente, d'après le malade, puisque l'intervention ne devait être pratiquée que si le patient avait une calcémie normale. Or, la veille de l'intervention, il avait 91 mmgr. par litre. Il interrogeait tous les médecins et chaque fois que l'un d'eux, ignorant la situation, lui donnait un chiffre normal au-dessous de 91, il dévoilait son idée fixe et reprenait son projet de vengeance chirurgicale.

Quand il entra à Saumery, son taux de calcium était tombé à 67 et le désespoir du malade ne cédait à aucun argument. Un jour le chirurgien — assez inquiet — m'écrit pour m'indiquer un moyen sûr de relever le taux du calcium sanguin par l'emploi d'une solution composée d'un

produit de synthèse du type de l'acide ascorbique, l'A.T. 10. Après de longues discussions, le malade se prête à la cure. Un mois plus tard, il avait 116, mais la situation ne s'était pas améliorée, au contraire. Au lieu d'une atonie intestinale, il présente un état spasmodique très pénible et la constipation reste opiniâtre. Le ventre est dur. Le déséquilibre vago-sympathique s'accentue ; les angoisses sont fréquentes. Cependant, après quelques mois, pendant lesquels on a usé du citrate de soude, de la vagotonine et des anti-spasmodiques, les choses finissent par s'arranger et le malade rentre à son domicile nettement amélioré avec une calcémie voisine de la normale.

A la suite de ces faits et depuis deux ans, j'ai observé 52 malades atteints de dépression avec préoccupations hypocondriaques, dont la calcémie a été cherchée à plusieurs reprises. J'ai noté 14 cas d'augmentation du taux du calcium variant de 110 à 125. Les symptômes observés étaient remarquablement identiques pour l'essentiel : asthénie, hypertonie, angoisse, tachycardie, tremblements, palpitations, hypotension artérielle, aérogastrie, hyperthésies nombreuses, généralement avec cellulite chez la femme. Les prises de sang étaient parfois laborieuses. Le sang présentait évidemment une tendance à la coagulation rapide ou même immédiate.

Rappelons que la moyenne du calcium sanguin varie de 95 à 105 milligrammes par litre de sérum, dosé par la méthode de Wirth ; méthode délicate. Le sérum est traité par l'acide oxalique. C'est l'oxalate de Ca qui sert à la réaction en présence du permanganate de potassium. Les risques d'erreur sont nombreux. Un examen isolé ne permettrait pas de tirer des conclusions valables. Ce qui me paraît important, c'est la concordance des résultats obtenus sur 52 malades, avec une méthode unique et le même technicien.

Chez ces malades, certains signes apparaissent contradictoires : l'asthénie avec hypertonie. Les déprimés sont habituellement hypotoniques.

Il ne s'agit pas de mélancoliques anxieux ou délirants ; il s'agit de malades déprimés hypocondriaques, de malades de consultation, amenés en clinique quand l'état se prolonge et que le patient a lassé son entourage et consulté de nombreux médecins. Certains arrivent bourrés de toniques et de gluconate de calcium, injecté parfois quotidiennement pendant des semaines ou même des mois. Et le calcium augmente leur angoisse et leur impression de contracture, leurs « agacements » dans les jambes et les bras. En présence de signes qui s'apparentent à la

tétanie, on ne s'attend pas à trouver de l'hypercalcémie. Avec la guérison, le taux du calcium tend à se normaliser.

Quel est le mécanisme de ces désordres biologiques ? Quelle thérapeutique instituer ? L'action du citrate de soude est inconstante. La vagotonine agit surtout chez les hyperthyroïdiens avec hypertension artérielle. Les sympathycomimétiques (génésérine, belladone) calment l'angoisse, mais leur action est peu durable. Il est possible que les déficiences dues à la situation actuelle (émotions, carence alimentaire) jouent un rôle capital dans cette série de perturbations physiologiques.

La cause de ces hypercalcémies n'apparaît pas nettement. Elles sont liées à des désordres neurologiques et psychopathiques. Le moyen de réduire ces troubles reste à trouver. Telles sont les conclusions qui nous semblent ressortir des faits observés.

L'inconscient et les instincts dans une vue structurale de l'événement psycho-pathologique, par MM. L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clément (de St-Alban).

Malgré le caractère choquant de certaines conclusions psychanalytiques et les déformations grossières qu'amis et ennemis de la psychanalyse ont imposées aux théories freudiennes, il est hors de doute que celles-ci ont influencé profondément toute la clinique actuelle. Nous sommes déjà loin de la phase passionnelle dans laquelle tant de chercheurs et de cliniciens s'abandonnaient à des polémiques sans profit. Aujourd'hui, nul ne conteste qu'au delà des lumières de détail, et même de la conception doctrinale prise dans son ensemble, la psychanalyse a inauguré dans la psychologie une attitude nouvelle, caractérisée par le rejet des abstractions de la psychologie scolastique. La psychanalyse, soucieuse de ne pas quitter son objet, reste une psychologie toujours relative au cas concret, à l'homme, sujet d'étude. C'est dans l'histoire même de l'homme qu'elle cherche à découvrir les éléments compréhensifs et dynamiques de sa conduite.

Nous n'envisageons pas d'esquisser ici une critique générale de la psychanalyse. Comme nous l'avons fait pour d'autres doctrines, nous ne ferons que demander aux démarches et expériences analytiques à quelles conceptions structurales implicites ou explicites elles répondent et dans quelle mesure elles peuvent être utilisées pour une psychopathologie concrète.

⁂

Il nous semble évident que la psychanalyse suppose une idée structurale de la conduite humaine. Non point tant par le fait qu'elle aboutit à des schémas sur la « structure de l'appareil psychique », avec la distribution en rayons de magasin des « organes » psychologiques connus sous le nom de : ça, moi, surmoi, préconscient, inconscient, etc..., mais surtout du fait que son intuition première conçoit un certain nombre de conduites, biologiques, mentales, sociales, dans une unité, rapportée elle-même à un sens concret, relatif à des événements et situations vécus par le sujet. Des symptômes d'apparence et de « nature » disparates ont un *sens* psychologiquement défini.

Nous tombons ici sur la nécessité d'adresser à la conception psychanalytique courante une première critique de base. Dans une véritable psychologie concrète, le sens ne peut avoir qu'une valeur d'interprétation, de traduction des signes dans un langage socialisé. Or, la tentation à laquelle succombe fréquemment l'analyste est de projeter le sens dans la notion d'une réalité préexistante, d'une pensée conventionnelle et hypothétique, d'un désir abstrait et substantialisé, une sorte d'habitant mythique de l'intérieur de l'homme, un « démon ». Or, cette pensée, ce sens, ce désir n'ont pas d'existence réelle hors de l'expression symbolique à partir de laquelle nous les interprétons, ils ne *sont* que cette expression dans chaque situation ou manifestation particulière.

Dans cette perspective, la psychanalyse ne peut pas être définie comme exploration de l'inconscient, ni comme doctrine des instincts. Nous savons ce que peut avoir de choquant cette proposition à laquelle Freud n'aurait pas souscrit, surtout à la fin de sa vie. Cependant, restant sur le terrain des faits concrets, la psychanalyse est une technique, une expérience définie par les conditions de certaines conduites acceptées d'avance par l'analyste et l'analysé. L'inconscient, lui, comme l'a démontré Politzer dans sa « Critique des fondements de la psychologie », n'est qu'une construction théorique postérieure à l'expérience, non nécessaire à l'analyse et qui ne fait que réintroduire, à l'intérieur du Freudisme, les constructions abstraites de la mythologie psychologique classique sous un nouveau déguisement. L'inconscient, fait ou « organe » psychologique, entité en soi, est une abstraction qui répond aux besoins du réalisme naïf. Si l'on nous rétorque que le principe même de la technique psychanalytique réside dans le postulat de l'existence de l'inconscient, nous nous trouverons justement au centre du problème méthodologique,

car parler de l'existence de l'inconscient, pour traduire le fait que le sujet ignore le sens ou contenu latent, est bien exactement la forme de pensée nommée réalisme naïf : croyance en l'existence réelle de ce qu'on a nommé, pour les besoins de la cause, réalisation mythique de notions abstraites ; Politzer écrit que cette croyance « résulte de la réalisation du récit postulé » (1).

Le livre bien connu de Dalbiez apporte indirectement à la thèse de Politzer une confirmation inespérée. Dalbiez souscrit sans réserves à la notion d'inconscient, justement parce qu'elle résulte de la conception philosophique réaliste. On sait que pour l'auteur, les deux seules conceptions philosophiques ayant droit de cité sont le réalisme et l'idéalisme, le matérialisme étant rejeté par assimilation à un physiologisme du type Ribot ou Watson, qui, évidemment, dépourvu de toute tendance dialectique, n'a rien d'assimilable à un vrai matérialisme scientifique. Il est intéressant de constater ici que le matérialisme méthodologique est ignoré au profit du matérialisme métaphysique, alors que le réalisme dont il est fait état est en fait un réalisme méthodologique.

Il est clair que chez Politzer, comme chez les béhavioristes, et avec plus de cohérence, le fait psychologique n'est pas vu comme une « réalité intérieure ». Ainsi, l'exclusivité du conscient de l'idéalisme et de l'inconscient freudien tombe sous une même condamnation, celle de la pensée « pour soi ». L'objet original de la psychologie étant la vie dramatique de l'homme, il devient paradoxal que l'on demande à l'objet lui-même sa propre connaissance. Il n'y a pas à s'étonner de la non identité entre la vie dramatique de l'homme et la connaissance qu'il en a.

Cette non coïncidence est d'ailleurs à l'origine de la notion d'Erlebnis, telle qu'elle a été définie par Stern. Cette notion dépasse la pensée et la connaissance et comprend tout le vécu, avec aussi son aspect organique. De même, la conception phénoménologique de la conscience, qui en fait un phénomène privilégié essentiel à la réalité, attribue au mot un sens beaucoup plus étendu qu'il n'est habituel, la conscience de soi n'est qu'une forme, entre autres, de la conscience.

Ainsi, nous ne croyons pas utiles, à la connaissance des structures psychopathologiques, les constructions psychanalytiques

(1) Signalons ici en passant que la possibilité d'une psychanalyse sans inconscient est aussi défendue à partir d'une perspective phénoménologique et existentielle par Sartre, dont les recherches ontologiques montrent, malgré toutes les réserves possibles, un souci certain de ne pas se détacher du concret, de la vie et de la conduite de l'homme placé au milieu du monde.

fondées sur l'existence réelle de l'inconscient et des autres « organes » psychiques (le ça, le moi, le surmoi...).

Allendy avait cherché à l' « Evolution psychiatrique » à justifier la vérité psychanalytique, en s'appuyant sur la coïncidence entre les organes de l'appareil psychique découverts par Freud et les notions éternelles des principes de la vie mentale que l'on retrouve dans les religions et les mythologies anciennes. Or, son travail nous paraît plutôt démonstratif dans un sens opposé, tendant à montrer que la racine de la « structure de l'appareil psychique » se trouve plutôt dans la tradition chinoise, indienne, égyptienne, hébraïque, platonicienne, chrétienne, hermétiste et cabbalitique, que dans l'étude objective des matériaux obtenus par l'analyse. En fait, la communauté des mythologies individuelles ou collectives n'a rien qui puisse nous surprendre.

On ne peut concevoir la structure psychopathologique comme l'invasion d'un vide laissé dans l'être (du fait d'une insuffisance organique par exemple) par un fluide issu du domaine de l'inconscient. La conception d'Henri Ey et Rouart, définissant la structure comme vécu proportionnel aux capacités restantes du malade, dépasse cette conception dans la mesure où le vécu dépasse la pensée pour soi, et où il ne s'agit pas d'un écoulement passif de l'inconscient. Bref, si le dynamisme relatif de la vie mentale ne s'inclut pas dans une passivité, comme il ressort du Freudisme, sinon de l'ensemble des études psychanalytiques.

Il n'est pas inutile aussi d'insister sur le caractère mythologique de toute conception structurale basée sur les composantes instinctives. Le médecin, par sa formation biologique, et plus encore par l'insuffisance de cette formation, risque de se laisser tenter facilement par la notion d'instinct. Or, la fécondité de cette hypothèse biologique paraît bien épuisée. Née pour expliquer l'apparence finaliste de certaines conduites des animaux et le non apprentissage d'autres conduites, cette notion n'a jamais laissé d'être une entité mystérieuse et tantologique, fort utile à l'époque où un pont devait se jeter entre le matérialisme grossier de la « science » et son échec devant la vie en général, plus particulièrement devant l'homme. Les différences gigantesques qui apparaissent entre les auteurs, lorsqu'il s'agit de qualifier et de classifier les instincts, sont déjà un indice de ce caractère très hypothétique. Les instincts sont créés selon les besoins de la cause et selon les insuffisances de notre connaissance. Et, au sein de l'évolution doctrinale psychanalytique, c'est ce même processus que l'on observe. On ne doit pourtant pas oublier que l'expé-

rience analytique n'objective jamais des instincts, comme le déclare Lacan, mais toujours des complexes.

C'est un fait à considérer avec la plus grande attention que, glissant du plan de la technique et de l'hypothèse de travail scientifique au plan de la conception du monde, Freud se soit progressivement enfermé, au stade « métapsychologique », dans une mythologie des instincts de plus en plus incertaine, au point que devenait un des plus grands soucis doctrinaux la discussion de l'existence réelle de tel ou tel instinct et non celle de la légitimité de telle ou telle hypothèse.

Rappelons pourtant ici que la base la plus solide de la théorie des instincts, l'expérimentation chez les animaux, qui n'a jamais pu fournir d'arguments bien convaincants à l'appui de l'existence des instincts, tend actuellement, avec les auteurs modernes, à confirmer leur non existence (Yerkes, Kuo) et à préciser, conformément à l'évolution méthodologique contemporaine, que la notion d'instinct doit être actuellement classée comme pré-scientifique.

Inconscient et instincts nous paraissent donc aujourd'hui comme des notions abstraites, réalistes, et l'apport qu'elles ont pu fournir, le caractère dynamique qu'elles ont pu prendre à certains moments ne peuvent plus masquer leur « chosisme », leur signification mythologique. Après avoir rendu des services à la connaissance, elles sont maintenant à écarter. Elles entravent la démarche de la technique analytique vers une psychologie concrète. L'absence de leur liquidation, pourtant nécessaire, nous paraît à l'origine de la stagnation marquée depuis quelques années par la psychanalyse.

En tout cas, nous pensons que l'attitude scientifique, faite de prudence vigilante et de hardiesse rigoureuse, qui s'impose de nos jours, conseille d'écarter ces notions dans la recherche des aspects structuraux de l'événement morbide.

Discussion

M. Henri Ey. — Je sais ce que peut avoir d'irritant le concept d'inconscient présenté comme une marionnette, un « deus ex-machina », un « objet » ou un « personnage » doté de tous les attributs de la conscience et de la raison. J'ai été, à l'époque, assez séduit par les critiques que Politzer, vers 1929, adressait à la « psychologie mythique » pour bien comprendre l'écho qu'elles ne peuvent manquer de susciter dans l'esprit de M. Bonnafé. Il faut, en effet, lutter contre la conception « chosiste » de l'instinct et de l'inconscient et les illusions réalistes qu'elles entraînent. Mais inversement, il me paraît

impossible de saisir l'activité de l'esprit dans son moment concret ou dans son évolution historique, c'est-à-dire dans son « dynamisme » et son déploiement, sans faire intervenir les implications passées ou sous-jacentes, les virtualités qui correspondent au concept d'inconscient, sans quoi toute psychiatrie, restant confinée sur un plan et manquant de la perspective d'une autre dimension nécessaire, celle de l'inconscient, reste incompréhensible.

Mutisme délirant datant de 13 ans guéri par l'électro-choc, par MM. A. Donnadieu, R. Felix et Mme Felix.

La lecture des observations concernant le traitement de la démence précoce par l'électro-choc, aussi bien que les conclusions des ouvrages de Delmas-Marsalet et de Lapipe et Rondepierre, ne montrent pas des résultats bien encourageants, surtout lorsqu'il s'agit de psychoses anciennes.

Aussi, avons-nous cru intéressant de vous apporter l'observation d'un cas de mutisme délirant datant de 13 ans chez un schizophrène, mutisme guéri par six séances d'électro-choc.

Observation. — A..., Jean-Marie, né le 25 avril 1895, ancien bataillonnaire, a été reconnu aliéné pendant son service militaire et interné du 22 septembre 1916 au 11 février 1923, date à laquelle il s'évade. A la suite d'un vol, il est réinterné sur le vu des conclusions du Dr Truelle : « Est atteint de débilité mentale constitutionnelle avec démence précoce consécutive et troubles d'automatisme psycho-moteurs. Il doit être considéré comme irresponsable. » Il est alors interné à Ville-Evrard, le 23 avril 1923. Le diagnostic de démence précoce est confirmé par les certificats du Dr Rodiet. Le 16 février 1938, il fait l'objet du certificat de transfert suivant du Dr Martimor : « Est atteint de démence précoce avec vagues idées de persécution », est transféré à la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château, qui, à la suite de plusieurs hémoptysies, l'évacue sur l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit, le 8 avril 1941 avec un certificat du Dr Sivadon, ainsi conçu : « Est atteint de démence précoce ; mutisme volontaire depuis un abcès à la gorge en 1930 ; il craint d'avaler sa langue et ne prononce plus une parole. Tuberculose pulmonaire ; plusieurs hémoptysies récentes. » A Chézal-Benoit, il se comporte comme un schizophrène assez bien adapté. Les signes pulmonaires indiquent une tuberculose tendant à l'évolution fibreuse. Le fait caractéristique c'est la persistance du mutisme. A... ne prononce pas une seule parole. Il entend et comprend tout ce qu'on lui demande et y répond au moyen d'une ardoise et d'un bâton de craie qui ne le quittent point. Sur notre invitation, il rédige un mémoire expliquant l'origine de son mutisme :

« Au début de mon internement, écrit-il, je fus en butte à des troubles organiques, à des dérèglements d'intention qui contrariaient mes habitudes d'estomac et je fus longtemps sans pouvoir causer. C'est rapport à ce que deux fois par l'oppression que je ressentais dans les influences de la pensée, j'avais été privé de la parole. »

Mais c'est à 1922 qu'A... fait remonter les causes de ce mutisme qui dure depuis 1930 : « C'est en 1922 que, subissant des gênes intenses lorsque je fumais, je me mis à chiquer, ne me plaçant qu'une petite pincée de tabac dans la bouche, mais toute la journée sans arrêt. Il s'ensuivit une irritation constante de la langue. Une boule me vint au milieu de la langue, puis une deuxième qui se confondit avec la première et je commençais à subir des étouffements. Ces étouffements se firent sentir plus violents et je dus prendre des précautions, ne pouvant plus me passer de chiquer, je trempais mon tabac dans l'eau. Je ne me doutais pas alors que c'était mon chancre de fumeur en préparation...

En 1930, après avoir souffert d'étouffements, mon abcès perça dans un violent effort. Il me vint des plaques d'humeur sèche pendant un mois. C'est à ce moment que l'on me fit le plus parler et au lieu de se cautériser mon abcès s'envenima et il se forma de l'humeur qui depuis est restée à voyager et qui m'étouffe lorsque je parle. Alors ma langue un jour s'étant retournée, tandis que je parlais, je fus réduit à l'impuissance pour continuer. Elle me donnait l'impression d'une limace.Je buvais beaucoup, ma langue reprit sa place ; c'est depuis ce moment que je me suis arrêté de parler de peur d'avaler ma langue. A chacun de mes essais, ma langue devenait rugueuse comme un morceau de drap. Depuis j'ai failli mourir étouffé plus de 200 fois. » J.-M. A... porte sur lui une petite bouteille d'eau dont il avale quelques gorgées « au moment de ces étouffements ».

Telles sont les explications fournies par le malade sur l'origine et la persistance volontaire de son silence.

Son état physique s'améliore rapidement ; il n'a pas de fièvre ; une radioscopie, en août 1941, ne montre qu'une grosse sclérose hilaire droite. Cependant on hésite, devant son passé hémoptoïque et vu l'ancienneté de la maladie, à pratiquer une cure par le cardiazol, n'ayant pas, à cette époque, d'appareil à électro-choc.

En mai 1943, en considération de la bonne adaptation du malade et de son état physique tout à fait satisfaisant, on se décide à pratiquer une cure par l'électro-choc.

La première crise a lieu le 24 mai. On ne note aucun changement. Deuxième séance le 26 mai ; au cours de la période crépusculaire qui suit la crise, sans résultat on essaie de le faire répondre à plusieurs questions. Aussitôt que le malade a repris conscience, il cherche son ardoise pour nous répondre. Cette crise est suivie d'une amnésie qui dure toute la demi-journée.

Le 28 mai, troisième séance. Au cours de la période crépusculaire, on lui demande son nom, et, pour la première fois, il se met à parler

à voix basse. On insiste, on l'invite à parler à voix plus haute, il y parvient, fournit des renseignements sur sa famille, indique l'adresse de ses parents, etc... Toutes ces réponses sont obtenues alors que le malade est encore couché et n'a pas repris pleinement conscience, mais dès qu'on le fait lever, il retombe dans un mutisme absolu, cherche son ardoise qu'on lui a retirée, mais ne se souvient pas d'avoir parlé quelques minutes auparavant. Au cours de la semaine suivante, il parle à nouveau, mais peu et toujours à voix basse, car, dit-il, « il ne faut pas que je fatigue ma voix ». S'étant mordu la langue au cours de la crise précédente, soucieux, il la montre au médecin, croyant que c'est son chancre des fumeurs qui revient parce qu'il a parlé. Après la quatrième séance d'électro-choc, il parle facilement, mais toujours à voix basse, disant « que, pour le moment, il doit ménager sa voix ». Les 7 et 9 juin, on fait encore deux autres électro-chocs, et, depuis lors, A... parle tout à fait normalement.

Nous ne discuterons pas ici l'emploi de l'électro-choc chez les tuberculeux pulmonaires, nous réservant pour cela d'avoir une plus longue expérience de la question.

Mais quelques points de cette observation nous paraissent à discuter.

Tout d'abord, celui du diagnostic. Nous ne parlerons pas de celui de démence précoce, confirmé par les différents médecins qui ont vu le malade. Mais le mutisme était-il d'origine délirante, comme nous le pensons, ou d'origine pithiatique, comme nous l'avons supposé tout d'abord ? Nous croyons qu'en présence des explications fournies par le malade, et que nous avons rapportées telles qu'il les a décrites, l'origine délirante doit être reconnue.

Le deuxième point à souligner, c'est la démonstration, déjà faite par d'autres auteurs, que longueur de la maladie ne veut pas dire irrévocablement incurabilité, puisque c'est après 13 ans de persistance d'une idée délirante que nous avons vu ce malade parler.

En dernier lieu, enfin, nous insisterons sur le caractère progressif de l'amélioration, les étapes de la disparition de l'idée fixe ayant pu être, dans ce cas, observées avec beaucoup de facilité.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :
Paul Carrette et Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 26 janvier 1946

Présidence : M. P. Van GEHUCHTEN, président

Réflexions sur la douleur, par M. Van Gehuchten.

L'auteur passe en revue les différentes conceptions de la douleur, et montre que l'association de douleur sympathique et de douleur cérébro-spinale est fréquente. La forme sympathique de la douleur exerce une action plus profonde sur la personnalité, en raison de l'intervention de réactions vaso-motrices, trophiques, endocriniennes.

Il envisage successivement les cas d'excitation périphérique, d'excitation des plexus, des ganglions, des racines, ainsi que les syndromes associés (causalgies, douleurs des amputés), d'irritation des cornes postérieures, des douleurs cordonales, des douleurs thalamiques et enfin des douleurs corticales. La question de la conscience de la douleur, celle de ses rapports avec l'angoisse, le rôle du psychisme, de la suggestion, le cercle vicieux qui peut se créer entre l'écorce et la région thalamique, sont étudiés ensuite, et l'auteur discute les divers problèmes psycho-pathologiques que ces faits soulèvent

L'assistance familliale et la guerre, par M. Rademackers.

L'auteur complète sa communication de la séance précédente par l'étude de l'influence des événements de guerre sur l'évolution de la psychose chez certains malades chroniques de la colonie de Gheel.

Remarques succinctes sur la communication de M. Henusse, du 1er décembre 1945, par M. J. Dagnelie.

L'interniste observe très fréquemment dans sa clientèle des cas de psycho-névroses qui, pour être moins sélectionnés que ceux qui se rendent chez le spécialiste, n'en présentent pas moins un grand intérêt.

L'auteur confirme les faits signalés par M. Hénusse en montrant que dans son matériel les psycho-névroses de la trentaine forment une courbe de Galton dont le sommet est à 33 ans.

L'intervention de l'interniste se borne généralement à établir l'absence de base organique aux troubles névropathiques, mais elle doit se compléter par la cure psychologique qui donne très souvent des résultats remarquables.

J. Ley.

Société belge de Neurologie et Société de pédiatrie

Séance commune du 19 janvier 1946 consacrée à l'étude de la poliomyélite

---

Présidence : M. L. CHRISTOPHE, président

Considérations sur quelques aspects particuliers cliniques, biologiques et épidémiologiques de la poliomyélite, par MM. Leroy (de Namur).

L'auteur communique une synthèse de ses constatations à propos de 30 cas de poliomyélite observés par lui récemment. Il insiste particulièrement sur le caractère mitigé de la virulence, sur la fréquence des cas frustes, sur les localisations méningées de l'affection, sur les modifications de la formule sanguine et du liquide céphalo-rachidien. Au point de vue épidémiologique, il semble que le contact direct soit le facteur principal. En ce qui concerne le traitement, les moyens physiques paraissent donner les résultats les meilleurs ; l'efficacité du sérum de convalescent et celle de la radiothérapie sont douteuses.

Discussion

M. Massion-Verniory (de Bruxelles). — L'étude des cas observés au Centre neurologique et leur comparaison avec ceux des épidémies précédentes

démontrent : 1° la fréquence des troubles respiratoires ; 2° la fréquence relativement plus grande de la léthalité ; 3° le polymorphisme de la présente épidémie : tous les étages du système nerveux peuvent être atteints ; 4° l'importance d'un diagnostic précoce pour juger de l'efficacité des traitements, qui doivent être appliqués au stade préclinique. L'érection isolée du gros orteil obtenu par flexion du tronc, alors que le réflexe plantaire est normal, paraît être un signe constant.

M. Garot (de Liége). — Insiste sur l'importance des phénomènes infectieux au cours de la présente épidémie : jadis les signes d'infection passaient souvent inaperçus. Les formes actuelles sont plus violentes ; il s'agit d'une maladie en pleine évolution. Au sujet de l'importance d'un traitement précoce les cas les plus discordants ont été observés.

Quelques données récentes relatives à la poliomyélite, par M. Moldaver (Bruxelle et New-York).

Le virus de la poliomyélite a pu être isolé et étudié ; il se compose d'éléments vingt fois plus petits que les plus petits microbes connus et comporte plusieurs variétés. Sa résistance ou sa fragilité vis-à-vis des divers antiseptiques est connue ; on a pu étudier sa propagation dans les divers types de nerfs, ainsi que sa localisation dans l'organisme et dans les centres nerveux. Au sujet de l'épidémiologie, la susceptibilité individuelle paraît jouer un rôle important notamment en ce qui concerne la forme que prend la maladie. La forme paralytique apparaît comme un accident de la maladie. On a trouvé le virus dans les eaux stagnantes, jamais dans les eaux courantes ni dans les poussières. Sa localisation dans le pharynx et dans les intestins paraît constante ; on ne le trouve pas dans le nez ou dans la salive.

Le virus est neuronotrope : la lésion ne se produit que lorsqu'il a atteint le neurone. En l'absence de paralysies le diagnostic reste difficile. Au début la douleur est constante, et se présente sous la forme de névralgies et de myalgies, surtout à l'élongation des muscles.

Au point de vue thérapeutique, il n'existe rien de spécifique. Le sérum de convalescent a été reconnu complètement inactif.

Le traitement palliatif rend néanmoins de grands services, surtout dans la lutte contre la rétraction musculaire dans les attitudes fléchies.

Au point de vue préventif, les mesures principales consistent à éviter le surmenage physique et les grands refroidissements, les bains dans les eaux non courantes, et à ne pas exécuter d'interventions dans la gorge pendant les mois d'été.

J. Ley.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

104e Assemblée de la Société suisse de psychiatrie

Séance du 13 et du 14 octobre 1945 (Berne et Münsingen)

Présidence : M. le Professeur MULLER (de Münsingen)

Existentialisme et psychiatrie,
par le Dr LUDWIG BINSWANGER (de Kreuzlingen).

Dans cet intéressant rapport, en illustrant son exposé d'exemples cliniques, M. L. Binswanger a bien montré la signification des recherches analytiques sur le sentiment de l'être, les méthodes qui en découlent et leur application au domaine de la psychiatrie.

Le problème de l'existence dans la transformation du sentiment de l'être chez les schizophrènes, par le Dr A. STORCH (de Münsingen).

Chez le malade choisi comme exemple d'une forme typique de transformation schizophrénique du sentiment de l'être, la psychose s'est manifestée par deux crises de brève durée. L'emploi de l'insuline et l'influence exercée sur le malade au moyen d'entretiens psychothérapeutiques amenèrent la guérison.

L'univers n'apparaît plus au malade que dans l'opposition d'un « Royaume de lumière » révolu et d'une existence « au fond de l'abîme » qui ramène continuellement l'âme à son point de départ. La signification de ces deux domaines opposés ressort, d'une part, des déclarations du malade lui-même et, d'autre part, elle s'affirme par delà la perception personnelle de son moi, dans le symbolisme du feu et de la lumière, tel qu'on le trouve exprimé dans la philosophie, depuis Héraclite à Franz von Baader. Cette décomposition de l'univers en deux sphères qui s'opposent s'accomplit sur le plan d'une désintégration de la notion du temps : le lieu temporel de la « lumière » est représenté par un avenir déjà dégagé du devenir et qui apparaît comme complètement révélé et réalisé, tandis que le lieu temporel de l'abîme consiste dans un passé vide, qui ne parvient pas jusqu'au devenir, et dans la destruction de toutes choses.

Au cours d'une seconde crise, le malade, arrivé au point culminant de l'isolement absolu (déclin et disparition de l'univers) devient lui-même le tout perdu et le seul être existant (divinisation). La racine existentielle de l'ensemble apparaît ici dans le refus de l'être, dans le rejet du destin fini et mortel (attitude contradictoire envers son propre corps, envers la dualité (mère), et envers sa propre destination d'homme). En partant des idées de Baader et de Schelling, on peut retrouver la signification de ces deux thèmes fondamentaux (acceptation et rejet des limites imposées à l'être et irruption, dans l'univers organisé, du chaos primitif et des forces de l'abîme) dans le début de la psychose de Hölderlin.

Le médecin et le malade, par le Dr E. Blum (de Berne).

Prenant pour exemple un névrosé, M. le Dr Blum analyse les problèmes de la maladie, de la souffrance, de la santé, de la guérison et du salut ainsi que les rôles respectifs du médecin et du malade dans ces domaines. Le malade est prisonnier d'une vision mensongère des choses qu'il s'est créée lui-même, et on peut le constater par ses plaintes ainsi que par son attitude envers ses souffrances. Il faut le ramener de cette vision trompeuse à la réalité, il faut le tirer du mensonge de son état de maladie pour lui faire admettre la vérité sur le plan de la culpabilité et de la souffrance, il faut le faire passer de la sphère des préoccupations vitales à celle de la spiritualité et de la transcendance. L'intervention du médecin consiste à amener le malade à découvrir à nouveau ce qu'il cache sous le couvert des symptômes de son mal. On y arrive par l'établissement d'un rapport d'existence (Seins-Verhältnis) entre le médecin et le malade, par la création d'une unité commune aux deux êtres telle que l'a décrite M. L. Binswanger dans sa théorie du « Wirsein ». La création de cette unité permet d'amener le malade, par la conscience des soins aimants qu'on lui donne, à une « connaissance affirmative de l'être » (« Daseinerkenntnis »).

Le langage et le vécu, par le Dr Eug. Minkowski (de Paris).

L'écart entre la clinique et la psychopathologie, qui s'inspire de tendances philosophiques, paraît à première vue très grand. Pourtant, une certaine interaction, comme le montre l'évolution des idées en psychiatrie, se produit ; clinique et psychopathologie, chacune conservant ses droits, ses notions et ses limites, sont appelées à s'interpénétrer dans une certaine mesure. Du reste, la clinique elle-même est amenée à forger des notions nouvelles, telle tout particulièrement l'autisme de Bleuler, qui trouvent des prolongements vers la philosophie, et peut-être en premier lieu vers l'existentialisme. De nos jours, il devient nécessaire de dépasser le plan de l'antithèse courante du conscient et de l'inconscient, appelés, semble-t-il, à épuiser tout ce qui est psychique ou psychopathique, et faire une large place au vécu. Une discrimination et une analyse plus approfondie s'imposent ici. Elles mettent en évidence des affinités nouvelles et permettent de regrouper les phénomènes étudiés. Le langage peut servir là de guide. La philosophie allemande foisonne de néologismes. La pensée française ne peut pas la suivre dans cette voie. La langue française ne s'y prête guère. Mais en essayant d'éviter cette super-structure faite de néologismes, et en nous penchant sur

le langage lui-même, nous y trouvons une source précieuse pour nos recherches. Cette méthode trouve son application, tant en ce qui concerne des problèmes généraux que des questions d'ordre plus spécial. Ainsi, les récentes études sur le test de Rorschach, faites en France, se sont inspirées de ce principe.

Relativité et principe de configuration,
par le Dr Charles DE MONTET (de Vevey).

La spécialisation à outrance dans toutes les branches de la science est souvent dénoncée comme une mutilation spirituelle. Or, présentement, c'est le contraire que nous constatons. En effet les résultats de la recherche scientifique révèlent de toutes parts une correspondance surprenante : cette dispersion en surface est solidaire d'un approfondissement corrélatif de la notion essentielle de rapport, de permanence dans le changement. C'est dans le dialogue qui s'engage au sein de la diversité que se configurent les aspects multiples de la réalité.

La mort d'Adam et de Maria Lux, par le Dr Moos (de Zurich).

Adam Lux, agriculteur et philosophe, obtint le diplôme de docteur en médecine et, grand admirateur des idées de Rousseau, administra pendant quelque temps une petite propriété. En 1793, il fut délégué par la population de Mayence à la Convention et se rendit à Paris où, par opposition au régime des Jacobins, il prit la décision de se poignarder au cours d'une séance de la Convention nationale après y avoir prononcé un « discours vengeur ». Il renonça toutefois à ce projet et publia, après l'exécution de Charlotte Corday, des pamphlets qui amenèrent son arrestation et le conduisirent à la fin souhaitée par lui sur la guillotine. Il laissait une femme et deux filles. L'aînée, Maria Lux, lut plus tard le passage consacré à la mémoire de son père dans l'ouvrage de Jean-Paul, « Charlotte Corday », paru en 1800. Elle entra en correspondance avec le poète qui devint pour elle comme un père spirituel. Elle finit par le suicide, à peu près au même âge que son père dont elle avait hérité les prédispositions et le caractère passionné.

L'exposé fait par le Dr W. Moos se rapporte à une étude documentaire entreprise en vue de recherches ultérieures et basée sur les lettres, notamment sur les lettres d'adieu du père et de la fille, sur la correspondance échangée avec Jean-Paul (Friedrich Richter) et sur un travail publié en 1866 par Ludwig Bamberger concernant Adam Lux, qui fut englobé par la suite dans le second volume de ses œuvres complètes, les « Charakteristiken ». Le père et la fille souffraient de cette « maladie de la mort » décrite par Kierkegaard, et leur fin violente fut en réalité la réalisation de leur existence, de cette existence tragique qui ne pouvait s'affirmer que par la renonciation à la vie.

58e Assemblée de la Société suisse de neurologie

Séances du 1er-2 décembre 1945 (St-Gall)

Présidence : M. le Professeur M. MINKOWSKI (de Zurich).

Relations entre la myokinésigraphie et la chronaxie,

par le Dr H. Brunnschweiler (de Lausanne).

A propos de l'action synergique de certains muscles, ou portions de muscles, anatomiquement antagonistes, M. Brunnschweiler fait ressortir une sorte d'analogie entre deux méthodes foncièrement différentes d'examen des fonctions et déficiences musculaires : l'ingénieuse myokinésigraphie de Scherb, et la mesure de la chronaxie dont les lois, établies par Bourguignon, ont conduit à une classification fonctionnelle de ces muscles.

Les relations entre l'aspect myokinésigraphique d'un phénomène musculaire et la chronaxie des muscles en cause apparaît avec évidence dans le phénomène de l' « *éventail* », propre aux muscles fessiers, et décrit par Scherb, où l'on voit deux ondes de contraction se propager (pendant la phase d'appui de la marche), l'une à travers tout le grand fessier, depuis son bord postérieur jusqu'à son bord antérieur touchant le trochanter major ; l'autre depuis le trochanter jusque dans le fascia lata.

M. Brunnschweiler voit une relation étroite entre la disposition décroissante des valeurs de la chronaxie et le phénomène de l'éventail et pense que l'on peut déduire de cette expression chronaxique l'image même de la fonction qu'elle traduit, car les fibres à grandes chronaxies sont des fibres lentes en ce qui concerne l'excitabilité, la contraction, la décontraction, et les fibres à petites chronaxies sont des fibres rapides pour les mêmes fonctions.

La myokinésigraphie et les mesures chronaxiques peuvent, en réalité, démontrer chacune à leur manière, les fonctions et les déficiences musculaires. Elles peuvent aussi éclairer le problème ardu des relations réciproques d'actions musculaires associées, soit pour les mouvements isolés volontaires, soit pour les actes composés, fort compliqués, que sont la marche et la station debout. On peut en comparer très utilement les résultats.

Recherches sur les plexus choroïdes avec le microscope phasique,

par le professeur E. Frauchiger (de Langenthal),

Il est désormais possible, grâce au nouveau *microscope phasique*, de faire ressortir, d'observer et de photographier des objets microscopiques non colorés. Les méthodes histologiques « dénaturantes » de fixation, d'inclusion et de coupe ne sont donc plus nécessaires. Les plexus choroïdes

constituent un objet d'étude favorable et cette nouvelle méthode de recherches donne d'excellents résultats. Des projections montrent de nouveaux aspects très intéressants de la circulation du sang, de la constitution des épithéliums et des stromas. Cela exige néanmoins de nouvelles colorations *vitales*.

Diagnostic differentiel entre la dystrophie myotonique et la myotonie congénitale, par le professeur Franceschetti, les Drs K.-M, Walthard et Klein (Genève).

Partie musculaire. — L'examen électrique est d'importance primordiale pour confirmer le diagnostic de *maladie de Thomsen*, car il fait ressortir le phénomène musculaire fondamental et pathognomonique de cette affection : la *réaction myotonique*. Cette dernière traduit une particularité fonctionnelle spéciale du muscle atteint, qui par la lenteur de sa décontraction, se distingue du muscle normal. Ceci est en corrélation directe avec la difficulté éprouvée par le malade, à exécuter certains mouvements, tels qu'ouvrir et fermer rapidement la main, se lever et marcher spontanément où passer brusquement de la marche à la course. Actions toutes possibles, mais lentes et difficiles, inhibées par une résistance musculaire exagérée, qui après quelques exercices préliminaires finit par céder : les mouvements redeviennent alors normaux, vifs et aisés.

La maladie de Thomsen se caractérise par la présence indispensable de la réaction myotonique dans une musculature normale ou à tendance hypertrophique, sans cataracte. *La maladie de Steinert ou dystrophie myotonique* se caractérise par la présence indispensable d'une *cataracte*, avec ou sans réaction myotonique électrique ou mécanique. Il est intéressant de relever qu'un traitement continu à la quinine (3 × 0,25 *pro die*) fait disparaître tous les symptômes de la maladie de Steinert, tandis que ce même traitement n'a que peu d'influence sur la myotonie congénitale.

Partie oculaire. — Bien que l'aspect et l'examen clinique et génétique de la dystrophie myotonique permettent en général de distinguer aisément la dystrophie myotonique (Steinert, Batten-Gibb) de la myotonie congénitale (Thomsen), nous possédons dans l'examen biomicroscopique du cristallin une méthode qui permet de faire le diagnostic différentiel à un moment où la symptomatologie clinique ne le rend pas encore possible. La cataracte myotonique joue un rôle prépondérant pour délimiter la dystrophie myotonique et la maladie de Thomsen. Les recherches généalogiques confirment aussi l'idée qu'il s'agit de deux affections différentes.

Résultats du traitement opératoire des hernies discales lombaires, par les Drs H. Krayenbühl et G. Weber (de Zurich).

Les auteurs décrivent les résultats du traitement opératoire de lumbagos et de sciatiques chroniques à la clinique neuro-chirurgicale de Zurich. Deux cent vingt cas ont été laminectomisés ; chez 134, on a pu enlever la hernie discale lombaire ; 86 fois, l'exploration a été négative. Le résultat est excellent lorsque la hernie discale peut être supprimée. A la suite de l'opération, dans 83 0/0 des cas, nette amélioration ; dans 13 0/0 légère amélioration ; tandis que dans 4 0/0 état stationnaire.

Les symptômes principaux pour le diagnostic de la hernie du disque vertébral des quatrième et cinquième espaces lombaires sont : 1° signe de Lasègue, nettement positif ; 2° nette flexion de la colonne vertébrale lombaire, souvent associée à une scoliose ; 3° nette sensibilité au toucher de la colonne vertébrale lombaire à la hauteur des quatrième et cinquième espaces intervertébraux ; 4° toux et éternuement douloureux. Dans l'anamnèse, il est plus rare de relever un traumatisme.

Parkinsonisme pouvant induire en erreur dans le diagnostic de méningiomes, par le Dr J. KAUFMANN (de Zurich).

Méningiomes de la convexité du cerveau, à syndrome parkisonien, dans trois cas : l'un, occipital, les deux autres, frontaux. Un clinicien expérimenté saura discerner les cas de parkinsonisme où une encéphalographie diagnostique est indiquée. Le parkinsonisme disparut dans les trois cas après l'opération, bien qu'il restât, à la place de la tumeur, une grande lésion (cavité) dans l'hémisphère cérébral : d'où probabilité d'une action à distance, ou par voisinage, sur l'extra-pyramidalium (plus vraisemblablement le corps strié que les voies extra-pyramidales du pallium).

La régulation diencéphalique de l'adaptation pupillaire et rétinienne à la lumière, par le professeur Marcel MONNIER (de Zurich).

L'œil possède deux appareils qui lui permettent de s'adapter aux variations d'éclairage : l'iris et la rétine. Chez les vertébrés inférieurs les éléments rétiniens (cônes, bâtonnets) et le pigment qui les entoure sont doués d'un pouvoir de migration. A la lumière, ils se retirent dans la profondeur de la couche pigmentaire qui s'allonge. s'épaissit ; à l'obscurité, ils s'allongent au contraire, cependant que le pigment rétinien se rétracte. La position des éléments rétiniens, et surtout le degré d'expansion du pigment permettent donc d'apprécier objectivement et quantitativement même l'état d'adaptation de la rétine chez les vertébrés inférieurs. Chez les mammifères et l'homme l'adaptation rétinienne ne peut être contrôlée objectivement que par la méthode électro-rétinographique (Cf. Monnier, Bœhm et Sigg, 1944-1945).

Avec M. H. Dermann l'auteur a coagulé la région rostro-ventro-médiane du diencéphale, à laquelle on attribuait un rôle important dans la régulation de l'adaptation pupillaire et rétinienne. Il a contrôlé le pouvoir d'adaptation pupillaire avant et après la coagulation, puis l'adaptation rétinienne à la lumière après la coagulation. En conclusion de ces expériences, il existerait dans le diencéphale un appareil de coordination des processus d'adaptation pupillaire et rétinienne aux variations d'éclairage.

Aperçu des résultats obtenus lors des derniers examens des malades intoxiqués par le phosphatetriorthocrésilique, par le Dr K. M. WALTHARD (de Genève).

Un nouvel examen des 80 soldats intoxiqués en 1940, à la suite d'une tragique méprise, par l'absorption de phosphate triorthocrésilique, a permis de constater qu'actuellement tous ces malades présentent plus ou

moins le même tableau clinique, caractérisé par : 1° une démarche particulière, « *à pas de loup* » où tous les mouvements de la marche normale s'effectuent au ralenti ; 2° des réflexes rotuliens et achilléens exagérés, avec augmentation de la zone réflexogène, accompagnés d'un clonus, quelquefois inépuisable ; 3° l'existence d'un pseudo-Babinski par atrophie du court fléchisseur du gros orteil, jointe à une faiblesse du long fléchisseur.

Les troubles actuels proviennent d'une sorte de spasticité qui entrave très fortement les mouvements musculaires. L'origine de cette forme si particulière de spasticité semble très intimement liée à la pathogénie de l'intoxication, et M. B. Walthard pose le diagnostic anatomo-pathologique de dystrophie musculaire primaire.

Ce qui importe, surtout au point de vue de la thérapeutique, n'est pas seulement de préciser le diagnostic de névrite périphérique ou de myopathie toxique, mais de savoir si la substance toxique, en plus de la myopathie certaine, a ou n'a pas déterminé une lésion du système nerveux central.

L'existence de réflexes exagérés n'implique pas nécessairement une atteinte du système nerveux central, qui peut, ainsi que la cellule ganglionnaire même, rester morphologiquement intact (Prof. Wyss, de Genève). Cette nouvelle hypothèse, appuyée du reste par les constatations cliniques de MM. Scherb et Arienti et par les résultats des examens histologiques, permet de mieux comprendre le syndrome clinique présenté par ces malades. D'autre part, en admettant, dans certains cas, l'origine périphérique d'une hyperréflexie, le professeur Wyss permet d'éclairer aussi d'autres syndromes (sciatique par exemple) caractérisés par une augmentation de l'excitabilité réflexe, inexplicable par une lésion centrale.

Le diagnostic différentiel des affections de la moelle épinière,
par le Dr Eric Katzenstein-Sutro (de Zurich).

L'auteur présente trois cas d'hémangiome de la colonne vertébrale dont l'un a réalisé une section complète. La laminectomie et le traitement par les rayons ont fait peu à peu disparaître les paralysies. Dans d'autres cas, il s'agissait de fibromyxome, d'oligodendrigliome, de tumeur de la dure-mère, de sympathicogoniome, de tumeur extra-durale composée de tissus à granulations, et d'un très gros astrocytome intraspinal, pris pendant longtemps par une sclérose multiple, puis pour une syringomyélie.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Le devenir de l'intelligence, par René Zazzo, chargé de conférences à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, chef de laboratoire à l'Hôpital Henri-Rousselle (1 vol., in-8°, 160 pages, *in* « Bibliothèque de philosophie contemporaine », Presses Universitaires de France, Paris, 1946.

Dans cet ouvrage, écrit sous l'occupation et dans la clandestinité, M. René Zazzo s'est attaché à montrer la transformation radicale que la psychologie contemporaine est en train de faire subir à notre conception de l'esprit.

Dans une première partie, étudiant la *genèse* de l'intelligence, il montre comment, de façon lente et complexe, l'homme a dû rompre tout à la fois la sujétion sensori-motrice de la nature et la sujétion affective du groupe social, briser la symbiose naturelle et la symbiose collective, dépasser le règne animal et sortir du règne des opinions, chacune de ces entraves étant un levier utilisé pour la rupture de l'autre. C'est, en définitive, la société qui nous arrache à la nature, et la nature à la société, dans un travail incessant de l'intelligence pour la conquête du réel.

La deuxième partie du livre est consacrée à la *mesure* de l'intelligence. La méthode des tests semble pouvoir répondre à cette double exigence contradictoire de la psychologie : atteindre à la précision des lois scientifiques et garder un contact permanent avec le concret, avec l'individu, être tout à la fois expérimentale et clinique. L'échelle métrique de Binet et Simon fut, aux Etats-Unis surtout, mais dans le monde entier, le point de départ d'un immense travail dont M. Zazzo relate et discute les phases successives. La détermination précise de l'âge terminal reste la pierre d'achoppement de la méthode des tests. Qu'est-ce que la maturité intellectuelle et qu'est-ce d'abord que l'intelligence ?

Pour tenter de répondre à ces questions, d'autres problèmes se posent que celui du niveau dont l'étude tendait à faire admettre comme un dogme l'arrêt relativement précoce de la croissance intellectuelle. D'autres facteurs

interviennent et M. Zazzo étudie successivement la puissance et le style. La difficulté de localiser l'âge mental terminal ne tient pas seulement à la rareté d'un bon échantillonnage, elle réside aussi dans la métamorphose, dans la différenciation qui rendent complexe le phénomène mental, relativement simple pendant la croissance. L'auteur trace une ligne de démarcation entre l'âge mental de l'enfant et l'intelligence-aptitude de l'adulte, et, chez l'adulte, entre l'intelligence et l'inintelligence. L'intelligence supérieure nécessite quelque chose de plus, un élément de nature affective qui rende efficace et féconde la pure intellection. Intellect et caractère sont indissolublement mêlés dans toutes nos pensées, dans tous nos actes.

Mais comment jauger la force d'un caractère, le style d'une personnalité, la densité d'un complexe ? Il est impossible de trouver le test idéal d'intelligence parce que l'intelligence, partout présente, ne saurait être séparée de la personnalité, du caractère. Ne conviendrait-il pas de chercher, pour chaque sujet, son style, son type, sa manière d'être intellectuelle ? L'analyse factorielle commence à nous révéler les multiples aspects du comportement humain et confirme en même temps son indissoluble unité. Mais, aucun de ces facteurs spécifiques, facteurs génériques et facteur global, n'est matérialisable dans une activité, tangible dans un test. L'intelligence devient ainsi, non plus une fonction invariable mais, selon l'expression du professeur H. Piéron, un « mode de comportement global ». Le jeu des suppléances donne à l'intelligence sa plasticité ; il distingue l'adulte de l'enfant, le normal du débile. L'expression de types d'intelligence se rapporte, non pas à des individus, mais à des catégories d'activités, plus exactement à des facteurs.

En conclusion de cet intéressant ouvrage, où l'on trouvera la discussion des diverses méthodes proposées (tests, étalonnages, quotients, profils), M. R. Zazzo ajoute que les difficultés du psychologue pour trouver formule et formes d'intelligence prouvent assez que la réalité est profondément différente de ce que peut nous livrer le regard de la conscience.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La folie et les valeurs humaines, par Henri EY, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques (*Le médecin français*, 25 décembre 1945).

S'élevant contre « le désintérêt presque total des pouvoirs publics et de l'opinion publique à l'égard des problèmes sociaux de la psychiatrie », M. Henri Ey déplore le peu d'empressement manifesté à l'égard de l'assistance psychiatrique et rappelle, en même temps que la fréquence des troubles mentaux, le pourcentage important de guérisons et de récupérations sociales

obtenues. Il montre l'insuffisance de l'enseignement de la psychiatrie au cours des études médicales. Il regrette l'absence d'une doctrine, de théories indispensables à toute science et qui, seules, ajoute-t-il, conféreraient à la psychiatrie une décisive valeur scientifique dans le cadre des sciences biologiques et médicales. L'élaboration d'une psychiatrie théorique serait, à ses yeux, seule capable d'assurer un vigoureux système d'assistance basé sur l'aération et la diversité de l'assistance psychiatrique, la création d'une nouvelle législation, la nécessité d'un cadre unique et hiérarchisé de médecins spécialistes.

Avec tous les psychiatres français, quelle que soit la « doctrine » à laquelle ils se rattachent, il demande un cycle d'assistance psychiatrique plus souple et plus varié des établissements modernes et bien équipés et s'élève avec raison contre une catégorisation des malades en aigus et chroniques, en curables et incurables.

Mais, en réalité, si rien n'est fait de ce que tous désirent, il ne faut, selon nous, ni incriminer la bonne volonté des pouvoirs publics, ni même en accuser l'absence d'une « doctrine » psychiatrique. L'erreur fut avant tout, et reste, de subordonner inutilement la réforme de l'assistance psychiatrique à une réforme législative qui, pour nécessaire qu'elle soit, peut suivre des réformes, des mises au point urgentes, qu'elle ne conditionne pas et qu'elle retarde.

René CHARPENTIER.

Diminution des psychoses affectives pendant la guerre, par Xavier ABÉLY (de Paris). (*La Presse médicale*, 5 août 1944).

Après avoir, dans un article précédent, recherché les causes de la diminution considérable du nombre des internements pendant la guerre, M. Xavier Abély revient ici tout particulièrement sur les psychoses affectives dont la diminution, toujours plus marquée d'année en année, est pour une grande part dans la diminution générale des états psychopathiques. Il comprend d'ailleurs sous le nom de psychoses affectives tous les troubles psychiques « déterminés ou déclenchés par des chocs, des conflits, des surmenages affectifs ».

De ce fait, déjà signalé par les anciens psychiatres français, M. Xavier Abély donne diverses explications : l'augmentation avec la durée de la guerre du potentiel de résistance psychique individuelle et collective, la diminution due aux circonstances des conflits sociaux, familiaux et surtout conjugaux, l'influence de la répétition, de l'habitude aboutissant à un « affaiblissement de la sensibilité », la dérivation par les événements de guerre des préoccupations et des émotions habituelles. Aussi, la réduction du nombre des syndromes affectifs est-elle un phénomène occasionnel, dû à des circonstances exceptionnelles. On ne saurait donc considérer comme permanente, cette réduction passagère qui pourrait être suivie, après la fin des hostilités, d'une recrudescence que font prévoir les enseignements du passé. Une prophylaxie mentale étendue et organisée sans retard pourrait seule prévenir des dérèglements individuels ou collectifs, dont les conséquences individuelles et sociales devraient ainsi être évitées.

René CHARPENTIER.

Surmenage émotif et fléchissement de l'immunité vaccinale, par Pierre Doussinet (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 4 juin 1944).

Au cours d'une épidémie de typhoïde observée à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand, et qui a compté 75 cas de typhoïde à bacilles d'Eberth, dont 8 mortels, l'affection a été contractée par 7 agents du personnel infirmier préalablement vaccinés.

Dans cinq cas, dont une forme maligne hyperpyrexique ayant entraîné la mort en douze jours, la vaccination (trois injections de vaccin mixte) remontait à trente-quatre mois. Dans deux cas, la même vaccination remontait à huit mois seulement : devant les oscillations de l'épidémie qui lui ont paru, dans une certaine mesure, rythmées par les périodes d'alertes et de bombardements, M. Pierre Doussinet se demande s'il ne convient pas de retenir le surmenage sous toutes ses formes, et très particulièrement le surmenage émotif comme facteur prépondérant, dans ces cas, du fléchissement de l'immunité acquise par la vaccination. R. C.

L'indice chronologique vestibulaire dans les carences alimentaires et l'anorexie mentale, par Georges Bourguignon et Guy-Laroche (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 13 juin 1944).

M. G. Bourguignon a antérieurement montré que l'indice chronologique vestibulaire varie avec divers facteurs et en particulier avec l'état du système neuro-végétatif. Des recherches de MM. G. Bourguignon et Guy-Laroche sur des sujets amaigris et asthéniques à la suite de restrictions alimentaires, il résulte que :

1° les troubles dus aux carences alimentaires s'accompagnent d'une augmentation des indices chronologiques vestibulaires, qui suivent assez exactement le taux de la perte de poids : cet indice donne un moyen de chiffrer la carence et de suivre l'évolution des malades ;

2° les phénomènes sont de même sens dans les deux sexes, mais les femmes paraissent résister mieux que les hommes aux restrictions alimentaires ;

3° on ne trouve pas de rapport précis entre le taux de l'azote résiduel et des albumines du sang et la variation de l'indice chronologique vestibulaire, bien que, d'une manière générale, l'azote résiduel et le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globulines}}$ soient augmentés ;

4° dans l'*anorexie mentale*, le plus souvent, l'indice diminue et varie, non avec la perte de poids, mais avec l'état mental que cet indice révèle : deux facteurs interviennent pour faire varier l'indice chronologique vestibulaire, l'état mental d'abord, l'amaigrissement et les troubles neuro-végétatifs ensuite ;

5° en comparant ces résultats chez l'homme avec ceux des expériences de Mouriquand et Coisnard dans l'avitaminose chez le pigeon, on voit que la variation est inverse. Dans le cas des restrictions alimentaires chez l'homme, il ne semble donc pas s'agir de privation de vitamines, mais de déséquilibre dans la ration alimentaire. Peut-être faut-il aussi faire jouer un rôle à l'état d'inquiétude et quelquefois d'anxiété créé par les soucis et les circonstances de la vie actuelle. René Charpentier.

THERAPEUTIQUE

L'enfant dur d'oreille. Le rôle de la vie sociale dans son éducation, par le Dr H. Bersot, du Landeron (*Aux Ecoutes*, mai-juin 1942, Imprimerie « La Concorde », Lausanne).

Il faut recommander la lecture de cet article dans lequel M. H. Bersot a résumé, avec une particulière compétence et une compréhension si pleine de sympathie, les résultats de son expérience. Ceux, dont je suis, qui ont pu apprécier l'excellence de ces résultats doivent souhaiter la lecture de ces pages par tous les éducateurs, psychologues, pédagogues ou psychiatres et par les otologistes qui ont à conseiller ou diriger des enfants. Car ce n'est pas seulement une compensation sensorielle qu'il s'agit d'obtenir mais aussi une compensation psychique.

Ces enfants, en effet, dont le défaut d'ouïe favorise le repliement sur soi-même, l'isolement générateur d'idées d'incompréhension, de découragement, de ressentiment, de rancœur, de méfiance, sont exposés par cela même à des conflits intérieurs multiples, lesquels nés dans l'enfance peuvent avoir pour l'avenir de dangereuses conséquences.

Il faut donc apprendre à l'enfant à ne pas exagérer la portée de son infirmité, et pour cela en réduire les effets au strict minimum. Lecture labiale, port d'un appareil, leçons de diction pour corriger les troubles du langage, aideront à multiplier les talents de l'enfant, à les développer, permettant ainsi à la personnalité de s'épanouir. L'émulation corporelle, la culture physique, les sports, multipliant les contacts sociaux, aideront l'enfant à prendre conscience de ses possibilités, à prendre confiance en soi.

Avec l'aide de la lecture labiale et le port d'un appareil, les enfants qui pourront suivre les classes des écoles publiques jouiront en même temps de l'animation et de la compagnie des camarades d'école, d'une atmosphère de vie sociale, sur un pied d'égalité absolue. On s'efforcera de cultiver les talents spéciaux de l'enfant : les durs d'oreille sont souvent très sensibles à la musique et M. H. Bersot donne des conseils sur le choix d'un instrument de musique. Certains d'entre eux, après correction des troubles du langage, participent *avec succès* à des séances de récitation ou même à des représentations théâtrales.

M. H. Bersot insiste à juste titre sur l'importance de la vie collective, familiale et sociale, des promenades et des excursions en commun, des camps de vacances, des organisations de jeunesse telles que celle des « Eclaireurs ». Il existe en Suisse romande une « patrouille » d'aveugles et une d'enfants estropiés ; une patrouille de fillettes dures d'oreille est en formation. Il s'agit de lutter par tous les moyens contre la tendance à l'isolement, au refuge dans le complexe d'infériorité dont l'antidote par excellence est la vie sociale. L'enfant doit, le plus tôt possible, prendre conscience de toutes ses possibilités et même de ses avantages. « En lui donnant, dès ses années d'enfance, le plus d'occasions possible de vie sociale, on élargit ses horizons, on implante en lui une solide confiance en la vie, on lui donne la joie de s'enrichir au contact d'autrui, la joie tonique de s'épanouir et de marcher avec courage à la conquête de l'avenir. » Est-il plus belle tâche pour un éducateur ?

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 janvier 1946,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 janvier 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 février 1946,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 mars 1946,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 avril 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Nécrologie

M. le Professeur Georges Dumas, professeur honoraire à la Faculté des Lettres de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, *ancien président de la Société médico-psychologique.*

M. le Dr Smith Ely Jelliffe, rédacteur en chef du « New-York Medical News », du « New-York Medical Journal » et du « Journal of Nervous and Mental Disease », *membre associé étranger de la Société médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un *concours sur titres* pour la nomination à 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à *Paris le 8 avril 1946.*

Les *inscriptions* seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service des établissements départementaux d'assistance, 2, rue Lobau, à Paris, jusqu'au 11 mars 1946.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société suisse de psychiatrie

L'Assemblée de printemps de la *Société suisse de psychiatrie* se tiendra à *Lugano* (*Mendrisio*) les *27* et *28 avril 1946* sous la *présidence* de M. le professeur M. Muller, de Münsingen.

Des *rapports* sur « la notion de la psychopathie et ses limites » seront présentés par M. le Dr F.-R. Humbert (de Bellelay) et par M. le Dr P. Mohr (de Königsfelden).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (1er trimestre) — Numéro d'ordre : **167**
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 72.534. — 1946
C.O.A.L. 31.2330.

Tome I. — N° 2 Février 1946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PROJET D'UNE LEGISLATION ANTI-ALCOOLIQUE

PAR

J. DUBLINEAU

DEUXIEME PARTIE

Esquisse d'une organisation française pour la rééducation et l'assistance des buveurs

I. — LEGISLATION

A la lumière de ce qui précède, il nous paraît que la future loi française devra être conçue sous deux chefs, selon que le buveur est, ou non, délinquant. Dans les deux cas :

1° sera précisée la création d'organismes de surveillance et de rééducation ;

2° sera défini le rôle du Tribunal et de la Commission médico-judiciaire ;

3° seront prévues les modalités de placement, ainsi que celles visant :

4° la protection des biens ;

5° et 6° l'organisation scientifique et centrale, et

7° l'économie financière de l'organisation.

Le projet, dans son ensemble, pourrait être compris comme suit. Nous le rédigeons à la manière d'un texte continu. Il serait facile, à l'analyse, d'en transformer les chapitres et paragraphes en titres et articles de loi.

A) Organismes de surveillance

Il est créé des *dispensaires* antialcooliques communaux ou intercommunaux. Ces dispensaires sont dirigés par un *comité de patronage.*

1° Comités de patronage. — Composés de cinq à neuf membres, sous le contrôle de l'autorité sanitaire, ils ont un rôle :

de dépistage des buveurs dangereux. A ce titre, ils ont qualité pour intervenir auprès de l'autorité pour faire procéder aux enquêtes sur les buveurs qui leur sont signalés comme constituant un danger pour le milieu social ;

d'assistance auprès des familles des buveurs placés volontairement ou par mesure d'autorité ;

de surveillance pour l'exécution des mesures de tutelle prises à l'égard des buveurs.

Les membres du comité de patronage peuvent être délégués individuellement à la surveillance du buveur placé sous le régime de la liberté surveillée.

2° Organisation des dispensaires. — Aux dispensaires, seront annexées des consultations pour la cure libre et la surveillance médicale des buveurs.

B) Organismes de rééducation et de traitement

1° Il est créé des centres de rééducation pour buveurs. Ces centres sont de deux types :

centres de rééducation ordinaires à effectif réduit (50 malades en principe), conçus sur la mode de la « Maison familiale » et destinés aux buveurs calmes, placés volontairement ou acceptant de bon gré la mesure de placement prise à leur égard ;

centres spéciaux de rééducation pour buveurs délinquants. En pratique, l'affectation du buveur sera décidée par la commission médico-judiciaire prévue au chapitre suivant. La décision de la commission sera basée moins sur la notion de délit, que sur celle des facteurs de curabilité et d'amendabilité. En particulier, les sujets difficiles pourront, même non délinquants, être dirigés d'emblée sur un centre spécial. Inversement, certains buveurs délinquants pourront être admis dans les centres ordinaires.

2° Les BUVEURS ALIÉNÉS continueront d'être reçus dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires. Toutefois, les aliénés délinquants ou dangereux devront être placés dans des sections spéciales, dites de *sûreté,* que les dits hôpitaux seront invités à organiser. Ici encore, l'affectation du buveur aliéné à un quartier ordinaire ou de sûreté sera décidée par la commission médico-judiciaire. Elle dépendra plus des notions de danger social ou de curabilité que du fait même du délit.

3° Les centres de rééducation pourront comporter une SECTION D'OBSERVATION. Seront admis dans cette section :

pour les *centres ordinaires,* les buveurs ayant, pour l'une des raisons énumérées ci-dessous, fait, avant tout examen médical, l'objet d'une mesure d'autorité ;

pour les *centres spéciaux,* les buveurs délinquants suspects d'anomalies psychiques au moment de leur arrestation.

En cas de nécessité, les centres ordinaires pourront recevoir en observation des buveurs délinquants.

C) Commission médico-judiciaire

Il est créé une « *commission médico-judiciaire départementale* », composée d'un magistrat en exercice ou honoraire, président, d'un représentant du ministère public, d'un représentant de l'administration préfectorale, de deux médecins (dont un médecin du centre de rééducation ou du service de sûreté).

Les membres en sont nommés pour un an, renouvelables par le président de la Cour d'appel du ressort. Pour chacun d'eux, il est prévu un suppléant.

La commission a un rôle essentiellement consultatif. Elle a pour but :

1° *d'examiner les buveurs réputés dangereux,* signalés par les autorités locales, et qui refuseraient toutes mesures d'examen, de surveillance ou de traitement ;

2° *de proposer au Tribunal,* si elle l'estime nécessaire, la mesure à prendre, la plus adéquate au cas ;

3° *de déterminer, pour les buveurs délinquants* que le Tribunal aurait jugé devoir être traités en plus ou en substitution (totale ou partielle) de la peine, l'établissement le plus approprié à la cure ;

4° *de donner un avis sur toute demande de sortie, transfert ou maintien* adressée au Tribunal pour les malades placés.

Le buveur convoqué devant la commission médico-judiciaire pourra se faire assister d'un conseil.

La commission se réunira soit au Tribunal, soit au centre local de rééducation, soit en tout autre lieu qu'elle jugerait désirable pour la commodité de ses examens et décisions.

Une commission spéciale fonctionne dans des conditions identiques auprès de chaque Cour d'appel.

D) Modalités du placement des buveurs

1° Buveurs non-délinquants

Tout buveur, qui, par ses habitudes ou ses excès, compromet la sécurité matérielle ou morale de son entourage, doit faire en principe l'objet d'une enquête aux fins éventuelles de surveillance, de traitement et de rééducation. L'enquête peut être demandée à l'autorité locale par le conjoint, les ascendants, les descendants, les frères et sœurs d'un alcoolique, par toute autorité judiciaire ou administrative, ou par les comités de patronage.

Cette enquête sera entreprise simultanément et séparément par les soins : 1° des comités de patronage locaux ; 2° des représentants de l'autorité.

Au cas où elle révélerait des faits de nature à justifier un examen de l'intéressé, celui-ci sera avisé, par les soins de l'autorité locale alertée à cet effet, d'avoir à subir cet examen. Dans ce cas, l'examen sera pratiqué par les soins d'un médecin spécialiste choisi par le représentant de l'autorité locale sur une liste dressée chaque année par les soins du Tribunal.

Comptes-rendus des procès-verbaux d'enquête et des certificats médicaux seront transmis par l'autorité locale à l'autorité préfectorale et au Parquet, avec indication du résultat des démarches et examens.

1° *Au cas où le buveur serait reconnu indemne de tares mentales ou porteur de tares ne nécessitant pas l'internement sous le régime de la loi de 1838 sur les aliénés,* il pourra faire l'objet d'une des propositions suivantes :

a) *mise sous surveillance* avec obligation de fréquenter un dispensaire et de se soumettre à toutes nouvelles enquêtes du comité local ou de l'autorité, et de signaler ses changements de résidence ;

b) *placement volontaire* dans un centre de rééducation pour buveurs, pour une durée de six mois.

Au cas où ces propositions ne seraient pas acceptées, ainsi que dans le cas où les mesures acceptées ne seraient pas suivies

d'exécution, au cas enfin où le buveur placé quitterait sans autorisation le centre de rééducation, avis en sera donné au ministère public.

Ce dernier convoquera le buveur devant la commission médico-judiciaire départementale. Le buveur qui ne se présenterait pas devant la commission pourra faire l'objet d'une mesure de mise en observation par les soins du ministère public, dans les mêmes conditions que celles prévues précédemment.

Le buveur convoqué devant la commission est examiné par les deux médecins, membres de cette dernière, agissant en commun. Les médecins communiquent à la commission les résultats de leur examen. Un troisième médecin peut leur être adjoint par la commission.

Le résultat des délibérations de la commission médico-judiciaire est transmis au Tribunal. Celui-ci décide, en Chambre du conseil, de la mesure à prendre à l'égard du buveur.

Au cas où une mesure de placement serait décidée, elle ne pourra excéder six mois pour un premier placement. La durée en sera doublée au cas de récidive. En aucun cas, elle ne pourra être supérieure à deux ans.

La décision du Tribunal sera immédiatement exécutoire, nonobstant appel.

Elle sera susceptible d'appel. La juridiction d'appel sera dans ce cas constituée par une Chambre spécialisée dans les questions de défense et de prophylaxie sociale.

Au cas où le sujet ayant fait l'objet d'une mesure de placement ne s'y soumettrait pas de plein gré, il y sera contraint par toutes voies de droit.

En cas de danger immédiat, l'autorité pourra décider l'envoi du buveur soit dans un centre de rééducation, soit dans un centre hospitalier, soit (à Paris et pour le département de la Seine) à l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de police.

Il en sera de même pour tout buveur qui aura négligé ou refusé de se rendre à la convocation qui lui aura été adressée.

Dans ces cas, le buveur fera l'objet d'un examen dans les trois jours de son admission, par le médecin-chef de service mis au préalable en possession du procès-verbal d'enquête. Cet examen sera conduit dans les mêmes termes que l'examen ordinaire prévu ci-dessous.

Le buveur, mis en observation dans un centre et qui n'accepterait pas telle des mesures de rééducation prévues pour les buveurs non aliénés à lui proposée, sera maintenu au centre, par les soins du ministère public, jusqu'à sa présentation devant la

commission médico-judiciaire. Il en sera de même du buveur reconnu aliéné, en attendant son transfert à l'hôpital psychiatrique, lequel aura lieu dans le plus bref délai.

Durant son placement, le buveur continue à jouir de ses droits civils. Toutefois, s'il ne délègue pas lui-même une personne pour l'administration de ses biens, un administrateur provisoire pourra lui être désigné. Enfin, un conseil judiciaire pourra être institué à la requête des parents, de l'épouse, ou sur la provocation d'office du procureur de la République.

2° *Au cas où le buveur serait reconnu porteur d'une maladie mentale caractérisée,* il sera soit hospitalisé dans un service ouvert pour malades mentaux, soit interné dans les conditions prévues par la loi de 1838 sur les aliénés. Il appartiendra par la suite au médecin-chef du service, où l'intéressé sera placé, de proposer, *s'il le juge utile :*

1° *au cas de service libre,* soit l'internement sous le régime de la loi de 1838 dans les conditions ordinaires, soit le placement judiciaire ;

2° *au cas de service fermé,* la transformation de l'internement administratif en placement judiciaire. Toute transformation de la situation du buveur aliéné est décidée par le Tribunal civil siégant en Chambre du conseil, après avis de la commission médico-judiciaire. Cette dernière décide également, au cas de transformation de l'hospitalisation ou de l'internement en placement judiciaire, si le sujet devra demeurer à l'hôpital psychiatrique sous le régime de la loi de 1838, ou s'il pourra être transféré dans un centre de rééducation, sous le régime de la présente loi.

2° Buveurs délinquants

Tout sujet, qui, à l'occasion d'un crime ou délit, aura été reconnu comme s'adonnant habituellement à la boisson, fera l'objet d'une mise en observation dans un des centres spéciaux de rééducation prévue pour les buveurs délinquants ou, à défaut, dans un centre de rééducation ordinaire pour buveurs.

Cette observation pourra être ordonnée par les juridictions d'instruction et de jugement, à toutes les phases de la procédure, pour un temps égal et d'après les règles applicables à la détention préventive. En toute hypothèse, elle prend fin huit jours au plus tard après dépôt du rapport par l'expert.

Il appartiendra à l'expert de reconnaître le caractère dangereux ou non du sujet, de déterminer ses chances d'amendabilité, de préciser s'il relève d'un établissement de rééducation.

D'une façon générale, le texte de loi pourra s'inspirer du chapitre I du projet de loi de MM. Lisbonne et Camboulives sur les délinquants mentalement anormaux.

1° *Au cas où le buveur délinquant serait reconnu indemne de tares mentales ou porteur de tares ne nécessitant pas l'internement sous le régime de la loi de 1838 sur les aliénés,* il fera l'objet d'une des mesures suivantes :

peine afflictive normale ou réduite, mais complétée dans tous les cas soit par une mise en surveillance sous le contrôle d'un dispensaire, soit par un séjour dans un centre de rééducation (de préférence, centre de rééducation pour buveurs délinquants) ;

séjour dans un centre de rééducation pour buveurs, en substitution de la peine encourue.

En principe, cette mesure sera préférée à la précédente. Elle a sur cette dernière l'avantage de faire bénéficier, dès le début, le buveur des soins médicaux nécessaires.

Le jugement est prononcé par les juridictions dans les formes ordinaires.

La commission médico-judiciaire désigne l'établissement où le placement aura lieu.

La décision indique la durée du placement. Celle-ci est fixée suivant les distinctions établies à l'article 14 du projet Lisbonne et Camboulives et ainsi conçues : « En cas de délit, le placement sera ordonné pour une durée qui ne pourra être inférieure à trois ans (durée que nous proposons de réduire à deux ans), ni supérieure à cinq ans. En cas de crime, si le fait était punissable de la réclusion ou des travaux forcés à temps, la durée du placement ne pourra être inférieure à huit ans, ni supérieure à douze ans. Si le fait était punissable des travaux forcés à perpétuité ou de la peine de mort, la durée du placement ordonné ne pourra être inférieure à douze ans, ni supérieure à dix-huit ans. »

Lorsque l'état mental du buveur placé est suffisamment amendé pour qu'il y ait lieu de croire qu'il ne constitue pas un danger social, le Tribunal du ressort du centre de rééducation, après avis de la commission médico-judiciaire, ordonne sa mise en liberté.

Le buveur pourra bénéficier de la mise en vigueur des articles 18 à 23 inclus de la loi de défense sociale de MM. Lisbonne et Camboulives.

2° *Au cas où le buveur délinquant serait reconnu porteur d'une maladie mentale caractérisée,* il sera dirigé soit sur le service de sûreté d'un hôpital psychiatrique, soit, à défaut, sur

l'hôpital psychiatrique ordinaire, selon la procédure générale à prévoir pour les aliénés criminels.

Un recours reste possible contre les ordonnances du Tribunal, qu'elles soient relatives à l'internement ou à la sortie. La Cour d'appel statuera sur l'avis de la commission médico-judiciaire établie près de la Cour.

La durée du placement n'est pas fixée.

La sortie pourra être demandée, « comme pour les autres aliénés, par le médecin, un parent, un ami, ou le malade lui-même. La demande sera adressée au procureur ». Celui-ci saisit le président, qui rend une ordonnance de sortie après avis de la commission médico-judiciaire, en précisant les conditions de la surveillance ultérieure éventuelle.

La sortie est toujours conditionnelle. La durée de surveillance après sortie sera fixée à l'avance.

Le transfert peut être ordonné soit dans un service de psychiatrie ordinaire, soit, au cas d'amélioration, dans un centre de rééducation spécial ou ordinaire, mais, en toute hypothèse, sous un régime autre que celui de l'aliénation mentale, tel qu'il est envisagé dans la loi de 1838.

E) Organisation scientifique

Un centre de recherches sera annexé à certains établissements de rééducation pour buveurs. Y seront effectuées :

1° *des recherches biotypologiques, psychologiques et sociales* sur la personnalité du buveur ;

2° *des mises au point concernant la propagande antialcoolique* et l'éducation sanitaire ;

3° *une centralisation statistique des documents cliniques, biométriques et sociaux,* concernant les buveurs suivis en cure libre et fermée.

F) Organisation centrale

1° Il est créé au ministère de la santé et de la population un « *Service de coordination de la lutte antialcoolique* », ayant à sa tête un chef de service, médecin.

2° Le chef de service est assisté d'un *conseil technique,* comprenant :

des représentants de l'administration centrale (santé et population, finances, justice, économie nationale) ;

un magistrat ;

des médecins (médecins des hôpitaux et des hôpitaux psychiatriques, médecins-légistes), spécialisés en matière d'alcoolisme ;

un ou plusieurs représentants des offices publics départementaux d'hygiène ;

un ou plusieurs représentants des œuvres privées antialcooliques ;

un ou plusieurs représentants de l'industrie de l'alcool.

3° Le service de coordination, assisté du conseil technique, assure (1) directement, ou par l'intermédiaire d'associations régionales fonctionnant sous son contrôle, la liaison entre l'autorité centrale, les collectivités locales, les œuvres privées antialcooliques. Il coordonne le traitement et la surveillance des buveurs sur l'ensemble du territoire. Il provoque les ententes régionales pour la création de centres de buveurs chroniques ou curables. Il assure la formation du personnel des centres de buveurs et des dispensaires antialcooliques. Il s'occupe de toutes les questions de lutte contre l'alcoolisme : enseignement antialcoolique, propagande, utilisation rationnelle des fruits, etc...

G) Economie du projet

Nous croyons que les frais d'hospitalisation du buveur, étant donné qu'il s'agit d'un service non seulement d'hygiène sociale, mais encore de sécurité, doivent incomber pour la plus grande part à l'Etat, à charge, pour ce dernier, de passer accord avec les organismes de sécurité sociale pour le remboursement de certaines catégories de frais de séjour.

Quant aux internements sous le régime de la loi de 1838, ils continueraient à suivre, en matière de frais de séjour et quelle que soit la modalité de placement, les règles prévues en matière de législation des aliénés. Le placement judiciaire devrait à ce point de vue être assimilé au placement d'office classique.

Il semble logique, à l'instar de ce qui se fait en différents pays étrangers, d'instituer pour la lutte antialcoolique en général, et pour le remboursement des frais d'assistance, en particulier, un fonds de ressources tirées de la consommation de l'alcool.

II. — ASSISTANCE

Nous envisagerons successivement : les techniques, les organismes, le personnel.

(1) Pour cette rédaction, nous avons utilisé presque textuellement la teneur d'une lettre du Dr H. Bersot, exposant le fonctionnement de la Commission suisse près le Conseil fédéral créée en mars 1945.

A) Les techniques

Dans tous les cas, les organismes d'assistance devront participer d'une formule univoque. Comme pour l'enfance déficiente (que celle-ci soit délinquante ou non), il y a chez le buveur, délinquant ou non, une triple tâche à assurer : traitement, rééducation, assistance.

1° Le *traitement*. — Le buveur est un malade. Non tolérant, il présente des signes de fragilité mentale particulière. Tolérant, il a eu le temps de s'intoxiquer au détriment de son cœur, de son foie, de ses reins, de ses artères. Mais, dans les deux cas, il n'est rarement que buveur. L'alcool ne fait généralement que compliquer un état complexe où se retrouvent soit syphilis, traumatismes céphaliques, paludisme, soit un terrain constitutionnel particulier (hypertension, épilepsie, etc...). Au surplus, l'alcool peut servir de révélateur pour une maladie mentale vraie. Enfin, on peut penser que les explorations neuro-chirurgicales nouvelles, en agissant sur les centres profonds du cerveau, pourront servir au diagnostic et au traitement de certaines catégories de buveurs. Pour toutes ces raisons, il est désirable de voir les médecins occuper un rôle actif dans l'organisation des établissements de cure.

2° La *rééducation*. — Le buveur est un sujet à rééduquer. Névropathe, il s'agit souvent d'un asthénique, qu'il faut tonifier. Périodique et dipsomane, il a besoin d'être régularisé dans ses tendances. Impulsif, il doit être l'objet d'un essai d'orientation de cette impulsivité. Chômeur ou désadapté social, il doit être réadapté. A ces nécessités, doit répondre une éducation active, différente en esprit et en fait du banal travail asilaire. En particulier, doivent être assurées l'éducation physique, la rééducation morale et l'organisation des loisirs, l'obligation du travail (forestage, agriculture, adaptation aux industries locales ou régionales).

3° L'*assistance*. — Le buveur est enfin un cas social. Comme tel, il a pu aggraver ses excès sous l'empire de désordres familiaux, dont il n'est pas seul responsable. Il y a des interactions de couples, de parents et d'enfants qui compliquent la solution sociale du problème et accroissent en retour la tendance aux excès... Le buveur, d'ailleurs, serait-il seul en cause, que, lui placé, sa famille reste au logis, qu'il faut aider pour éviter de sa part des demandes de sortie prématurées. D'où la nécessité d'un service social organisé, en rapport avec les organismes de placement, de rééducation des chômeurs, etc...

B) Les organismes

Ils comprennent : les établissements de rééducation, les consultations et dispensaires.

I. Etablissements de rééducation

Les établissements de rééducation pour buveurs sont :

soit indépendants ;

soit annexés à un établissement public : hôpitaux psychiatriques pour les buveurs ordinaires, établissements pénitentiaires pour les buveurs délinquants.

1° *Les centres de buveurs indépendants, centres-types* conçus pour 50 à 60 sujets, en pleine campagne, devraient ne comprendre que des buveurs susceptibles d'accepter un séjour sans arrière pensée. Cette création s'imposera sans doute rapidement, en raison du retour offensif de l'alcoolisme. Les centres seront primitivement prévus pour les hommes.

2° *Centres annexés à une autre formation.* — Restent les sujets qui, par leurs tendances à l'instabilité et aux fugues, se révéleraient incapables de résister, dans une atmosphère désirable de semi-liberté et de confiance, à la tentation de l'évasion.

Pour ce genre de sujets, quelles formules proposer ? On peut souhaiter la création de centres disposant de possibilités particulières de surveillance. Certains seraient prévus pour les non délinquants, d'autres pour les délinquants. Peut-être même, pourrait-on concevoir des réalisations mixtes, comportant, comme au Brésil, deux sections, l'une pour les non-délinquants, l'autre pour les délinquants. En fait, ce sont là réalisations coûteuses, auxquelles se prêtent mal les circonstances actuelles.

Par contre, dans le cadre, d'une part, des hôpitaux psychiatriques, d'autre part, de l'administration pénitentiaire, des créations sont possibles, qui auraient le mérite de valoir pour les cas les plus divers.

1° Le *centre de rééducation annexé à l'hôpital psychiatrique* est d'autant plus facile à concevoir que nombre d'hôpitaux psychiatriques comportent actuellement : soit des services ouverts pour psychopathes, soit des internats médico-pédagogiques, également libres, mais pouvant recevoir des enfants de justice (délinquants ou non). Le centre de buveurs constituerait donc, dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, une troisième variété de service non soumis à la loi de 1838, et relevant, dans son principe

comme dans son organisation, à la fois du service ouvert et du centre infantile de rééducation.

Une telle réalisation offrirait un autre avantage : à savoir l'articulation, dans un même cadre administratif, du centre de buveurs non aliénés, avec des quartiers spéciaux de buveurs aliénés. Ainsi, sous la même direction médicale, serait assurée une unité de vue, qui rend à la fois facile et désirable, dès qu'existera un texte de loi, la réalisation projetée.

Des organisations de ce genre seraient faciles à concevoir dans nombre d'hôpitaux psychiatriques départementaux. Elles se créeront d'elles-mêmes, dès que les médecins de l'administration seront en possession d'un texte de loi précis.

Il y aurait toutefois à prévoir un ordre d'urgence. Les régions très alcoolisées de l'Ouest (Vendée, Bretagne, Normandie) seraient, dès que les circonstances le permettront, à organiser à ce point de vue.

2° Le *centre de rééducation annexé à un établissement pénitentiaire* ne semble pas non plus devoir être d'une réalisation difficile. Il constituerait l'embryon des *centres de protection sociale* prévué par le projet de loi Lisbonne et Camboulives. Il répond aux « annexes psychiatriques » prévues dans la loi belge de défense sociale de 1930.

Un tel centre devrait comporter :

une section d'observation pour les délinquants suspects au point de vue alcoolisme ;

une section de rééducation proprement dite.

En attendant la réalisation de ces organismes, nombre de buveurs délinquants pourraient être dirigés sur les centres ordinaires annexés aux hôpitaux psychiatriques. Une section spéciale devrait, dans ce cas, être prévue (v. plus haut).

Un centre d'essai pourrait être prévu dans la région parisienne. D'autres seraient ultérieurement créés auprès des grands centres pénitentiaires.

II. Consultations et dispensaires

1° Les consultations spéciales pourraient être organisées dans le cadre des consultations d'hygiène mentale. L'Office public d'hygiène sociale semble, comme pour l'hygiène mentale, spécialement qualifié pour cette organisation.

2° L'assistance aux buveurs serait incomplète sans une organisation qui compense au foyer le déficit pécuniaire provenant de l'absence du chef de famille.

C) Personnel

Il comprend : les médecins, le personnel sanatorial, les services sociaux.

I. Les médecins

Ils doivent être spécialisés ; le problème de l'alcoolisme exige, compte tenu des connaissances générales :

une compréhension du *terrain,* si capitale dans la détermination, la polarisation et le pronostic des troubles ;

des connaissances *psychocaractérologiques* et *psychopathologiques* précises pour apprécier la notion de danger social, faire le point entre les cas relevant de la cure externe, du sanatorium, de l'hôpital psychiatrique ou de l'asile de sûreté ;

une pratique médico-sociale, nécessaire pour situer le buveur dans son milieu, pour le situer également sur le plan de la thérapeutique externe, pour réaliser l'équilibre de conception et de fait entre les deux notions de protection sociale et de régénération du buveur et de son milieu ;

des connaissances *médico-légales* pour situer le problème de l'alcoolisme dans le cadre de la délinquance et de la prédélinquance ;

enfin (et peut-être surtout), un esprit *socio-éducatif,* qui intègre le problème du buveur dans celui, plus général, de l'éducation sanitaire et sociale. Nous ne pouvons développer ce point, qui a fait l'objet de notre part de publications spéciales (1).

En conséquence de ce qui précède, nous demandons des médecins spécialisés, justifiant de cette spécialisation dans des conditions à déterminer.

Sans insister sur le détail de ces dernières, on peut dire que le problème ne se posera pas de la même façon dans les petits centres ou les centres universitaires.

Dans les petits centres ou les centres éloignés d'une ville de Faculté, on ne voit guère quel praticien serait plus qualifié que le médecin de l'hôpital psychiatrique local pour assurer les fonctions prévues dans la future loi. Restera, bien entendu, à adapter la formation de ce dernier à ces nécessités nouvelles.

Dans les centres universitaires, il faut envisager au contraire, à côté du cadre des hôpitaux psychiatriques, la formation et la spécialisation d'un certain nombre de praticiens, analogues aux

(1) J. Dublineau : Un nouveau problème d'assistance : le problème socio-éducatif, *Arch. de méd. sociale* (à paraître).

médecins des dispensaires antituberculeux ou vénériens, avec une formation et une sélection de même ordre.

II. Le personnel sanatorial

A. *La base* du personnel sanatorial restera formée par du personnel hospitalier. Le personnel des hôpitaux psychiatriques semble *a priori* plus qualifié qu'aucun autre dans l'état actuel des programmes. D'ailleurs, si, comme il est probable, les services de rééducation se créent pour commencer dans les hôpitaux psychiatriques, le personnel à pied d'œuvre sera effectivement du personnel psychiatrique.

Au cas où des centres seraient envisagés en dehors des hôpitaux psychiatriques, force serait de prévoir pour le personnel hospitalier une formation complémentaire spéciale.

B. Mais le personnel hospitalier lui-même doit être encadré par des agents spéciaux, formés selon un esprit essentiellement rééducatif : il s'agirait en fait, proprement, de *rééducateurs.* Seuls ces derniers, ayant acquis la pratique de la rééducation, après passage dans des centres de jeunes, et sous réserve, pour eux aussi, d'une formation complémentaire (stages, etc...), pourront créer l'ambiance nécessaire et *apporter l'esprit rééducatif.* Ce changement d'état d'esprit est essentiel. Il serait plus facile à réaliser dans des centres de rééducation neufs et autonomes. Il ne faut pas se dissimuler par contre que sa mise en train dans des services (psychiatriques ou autres), à conception trop exclusivement hospitalière, n'ira pas sans difficultés.

Elle exigera de la part des chefs et du personnel un gros effort de compréhension mutuelle.

L'idée, d'ailleurs, que, dans le personnel hospitalier, des sujets d'esprit jeune, ayant de l'allant, pourraient être formés comme rééducateurs, devra être discutée et éventuellement retenue.

La situation matérielle de ces rééducateurs sera équivalente à celle des rééducateurs d'internat spécialisés.

III. Le personnel d'assistance

Il sera constitué :

1° par des *assistantes spécialisées :* nous avons ici en vue les grands centres urbains. En province, la plus grosse partie du travail restera assurée par des assistantes polyvalentes ; l'assistante, en fait, aura eu une formation commune avec l'assistante d'hygiène mentale, mais la pratique de l'alcoolique, les problèmes spéciaux qu'il pose appelleront probablement, dans le cadre

des assistantes d'hygiène mentale, des spécialisations secondaires ;

2° par les *membres des comités de tempérance :* ces derniers comprendront, outre des assistantes sociales, des personnes bénévoles (membres de la Croix-Rouge, de l'Entr'aide sociale, déléguées bénévoles et professionnelles à la Liberté surveillée, etc...).

CONCLUSIONS GENERALES

1° Les modalités de la loi de protection sociale contre les buveurs seront conçues sous une forme suffisamment large et souple, pour que celle-ci puisse intéresser le plus grand nombre possible de catégories de buveurs (délinquants ou non délinquants, aliénés ou non aliénés). Toutes ces catégories sont en effet solidarisées par une notion commune : à savoir la nécessité

de mesures prolongées de protection sociale,

de mesures spéciales de traitement, de rééducation et d'assistance.

2° On peut estimer que les réalisations pratiques seront d'autant plus faciles, qu'elles pourront s'appuyer sur une législation plus précise. Elles seront également prévues de façon à intéresser le buveur à la fois en cure libre et en cure fermée.

3° Dans l'organisation immédiate des dispensaires et de la surveillance extérieure, un rôle important paraît devoir être dévolu aux Offices publics départementaux d'hygiène sociale. A l'organisation des centres, doivent participer — et pourront participer sans grands frais d'aménagement — d'abord, les hôpitaux psychiatriques, ensuite et éventuellement pour les délinquants, les grands centres pénitentiaires. L'ouverture de Maisons familiales (centres de rééducation-types) reste à tous points de vue hautement désirable.

4° On peut souhaiter que l'ensemble des mesures de défense antialcoolique soit tôt ou tard centralisé au sein du Tribunal, dans une Chambre spécialisée, ébauche elle-même du futur Tribunal de défense sociale qu'exigera l'application de toutes les mesures de protection sociale. De ces mesures, les projets antialcooliques ne constituent en effet qu'un prélude. Mais ils doivent être considérés comme l'amorce de mesures plus générales de défense sociale. Pour la mise en train de ces mesures, l'alcoolisme apparaît comme un terrain de départ privilégié.

5° Une organisation centrale doit assurer la coordination de la lutte contre l'alcoolisme.

RESPONSABILITE CIVILE ET PENALE D'UN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

Un jugement du Tribunal fédéral (Suisse)

PAR

W. BOVEN (de Lausanne)

Le Vendredi-Saint, 23 mars 1940, le sieur P. H., âgé de 20 ans, attentait à la vie de dame D. J., horlogère, à qui il demandait à la fois de lui vendre à crédit une montre-bracelet et de lui prêter une somme de 50 à 250 francs pour s'acheter un habit. En fait, Mme D. y perdit la vue d'une manière irrémédiable.

Ce P. H. était un imbécile épileptique, affligé d'infirmités telles que surdité, goitre, cryptorchidie gauche, etc... Dès son enfance, il avait donné des signes d'un caractère agressif et explosif. Hospitalisé une première fois à l'asile des épileptiques de Zurich, du 9 juillet 1934 au 2 juillet 1935, il avait donné l'occasion d'y noter ses accès de rage et de recommander sa mise sous tutelle.

Il revint au dit asile des épileptiques le 11 septembre 1939 dans les conditions suivantes : comme il ne trouvait pas de travail depuis sa sortie de la maison de L., ses parents et son tuteur prièrent la direction de l'asile des épileptiques de bien vouloir accepter de le recevoir, de l'entretenir et de l'occuper pendant les jours ouvrables. On lui octroierait un congé les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Il pourrait ainsi passer ses loisirs en famille. Le directeur (Dr F. Braun) agréa cette requête.

C'est dans ces conditions que P. H. commit son crime, durant son congé de Pâques, du jeudi 21 mars au mardi 26 mars 1940. On sut par la suite qu'il avait acheté son pistolet le 12 mars 1940 et qu'il l'avait dissimulé dans le logis de ses parents, sans l'avoir jamais apporté à l'asile.

La victime (sur l'instigation de tierces personnes) intenta une action en dommages-intérêts à l'asile des épileptiques de Zurich et à son chef, le directeur Braun. Elle réclamait, outre une somme de 20.000 francs avec intérêt à 5 % (du 6 octobre 1940 ou 24 février 1944), le montant des frais médicaux et du dommage, soit

plus de 140.000 francs. L'action se fondait sur les art. 55 et 333 du code civil suisse :

Art. 55 : « La volonté d'une personne morale s'exprime par ses « organes. Ceux-ci obligent la personne morale par leurs actes juri- « diques et par tous autres faits. Les fautes commises engagent, au « surplus, la responsabilité personnelle de leurs auteurs. »

D'où l'action intentée contre le directeur de l'asile.

Art. 333 : « Le chef de la famille est responsable du dommage causé « par les mineurs et interdits ou les personnes atteintes de maladie « mentale et les faibles d'esprit placés sous son autorité, à moins qu'il « ne justifie les avoir surveillés de la manière usitée et avec l'atten- « tion commandée par les circonstances. Il est tenu de pourvoir à ce « que les personnes de la maison, atteintes de maladie mentale ou « faibles d'esprit, ne s'exposent pas, ni n'exposent autrui, à péril ou « dommage. Il s'adresse au besoin, à l'autorité compétente, pour pro- « voquer les mesures nécessaires. »

La direction de l'asile zurichois allégua que P. H. ne pouvait pas, lorsque fut commis le délit, être considéré comme un membre de la communauté de l'asile. Il relevait de l'autorité de ses parents avec qui, pour lors, il faisait ménage commun. D'autre part, l'établissement avait usé de « la surveillance et de l'attention commandées par les circonstances ».

Le tribunal de district (1re instance) reconnut que la culpabilité du directeur de l'asile ne devait pas être retenue. Il jugeait, en revanche, l'établissement coupable en qualité de personne morale. En effet, le délinquant travaillait, mangeait, dormait à l'asile ; il était soumis à sa discipline : il en était le « Hausgenosse » (hôte de maison). Le fait qu'il se trouvait en visite chez ses parents, lors du crime, ne changeait rien à la chose. Il appartenait, en effet, à l'asile de faire en sorte que le malade ne pût pas nuire en cours de congé. L'établissement assumait en réalité le rôle et les responsabilités de chef de famille. Ce rôle, d'ailleurs, n'est pas dévolu au médecin-directeur à titre personnel. Ce fonctionnaire n'est, en effet, qu'un des éléments de l'organe de contrôle, responsable vis-à-vis du comité de la société en faveur des épileptiques. Dans ces conditions, on ne saurait exiger du médecin-directeur qu'il fournisse les preuves qui le disculpent ; il appartient à la demanderesse, en revanche, d'appuyer par des preuves son accusation de négligence.

C'est ce que la demanderesse-victime fit en précisant ses griefs :

« L'établissement (ouvert) n'aurait jamais dû accueillir un sujet « constituant un danger public. Il l'a fait cependant, et sur la décision d'un simple médecin-assistant.

« En tout cas, on n'aurait pas dû autoriser le sieur H... à passer ses « congés chez ses parents, surtout en omettant et de prendre des renseignements sur ce milieu et d'instruire père et mère des précautions à prendre.

« D'autre part, l'établissement n'aurait pas pris la peine de contrôler les effets du malade par des fouilles régulières. Il n'aurait pas « averti les parents H... de procéder de même. »

Le professeur Veraguth, de Zurich, commis comme expert, conclut de ses investigations approfondies que l'établissement zurichois était fondé à recevoir et à traiter le cas P. H. Il n'existait en septembre 1939 aucune raison de le placer dans une maison fermée. Davantage, le dit établissement était fondé à accorder les congés de fin de semaine et de jours fériés, vu que rien jusqu'alors n'avait signalé le caractère « de danger public » du sujet.

Le tribunal de district, se rangeant aux conclusions de l'expert, a débouté la demanderesse, en mettant les frais judiciaires à sa charge.

Là-dessus, recours au tribunal cantonal (Obergericht) zurichois. Le juge admet la non-responsabilité du médecin-directeur. L'établissement, en revanche, est responsable et sa culpabilité affirmée.

En effet, on ne saurait considérer que la mise en congé d'un malade le soustrait à la responsabilité de l'établissement qui l'abrite. Tout au plus, peut-on concevoir que le père de famille *et* l'établissement étaient chargés momentanément d'une responsabilité solidaire. Il appartient donc à l'établissement de démontrer le caractère irréprochable de sa surveillance et de ses soins. Au reste, on ne conteste pas la légitimité de l'admission de P. H. à l'asile des épileptiques.

Le tribunal cantonal zurichois, réformant le jugement de première instance, renvoya les parties au tribunal de district pour fixer le montant du dommage. Le tribunal de district condamna l'établissement à payer à la demanderesse une somme de 20.000 francs, plus l'intérêt à 5 % depuis le 6 octobre 1940, sous réserve des conclusions civiles. La plainte contre le directeur était écartée ; la demanderesse, condamnée à verser au dit une somme de 300 francs pour frais et débours.

Le tribunal cantonal a confirmé cette sentence, contre laquelle les deux parties recoururent en dernière instance : l'une, pour réduire l'indemnité à un maximum de 5.000 fr. ; l'autre, en vue de faire reconnaître le bien-fondé de ses prétentions à l'égard du médecin-directeur, au cas où elles demeureraient sans effet contre l'asile.

Le tribunal fédéral, notre plus haute cour de justice, s'est prononcé dans un sens qui intéressera tous les médecins, et particulièrement les psychiatres.

Il ne peut y avoir « d'autorité domestique » (Hausgewalt : sorte d'égide ou de puissance paternelle couvrant tous les membres d'un ménage ou foyer) que là où il y a ménage ou foyer commun. Tel était le cas soit de l'établissement psychiatrique, soumis à un certain « ordre de maison », soit de la famille du délinquant lui-même. D'autre part, on ne saurait demander d'un « chef de famille » ou de son équivalent d'être responsable d'une surveillance qu'il n'est pratiquement pas à même d'exercer. Il faut admettre que cette autorité domestique, liée à certaines conditions et circonstances, est mouvante, transmissible, et peut appartenir à plusieurs personnes successivement. Sans doute, une simple visite ne fait pas passer cette autorité et sa discipline du domicile du visiteur (sous autorité domestique) au logis de celui qui le reçoit. Mais le cas est tout autre lorsque le statut du visiteur a fait l'objet d'une convention ou d'un accord entre deux détenteurs d'autorité domestique (ou de son équivalent). La surveillance peut et doit être assurée dans l'un et l'autre foyers.

Dans le cas en question, les visites avaient été réglées par commun accord entre l'établissement psychiatrique et la mère du délinquant, avec l'approbation de l'office des tutelles. Il est de fait que P. H. ressortissait à l'autorité de l'établissement médical pendant les jours ouvrables et à l'autorité de ses parents durant le temps de ses congés. Le père étant sous tutelle, la mère était détentrice de l'autorité domestique. Dans ces conditions, l'établissement ne peut pas être rendu responsable du méfait commis par l'un de ses assistés.

Ce cas pose la question de l'assurance (conclusion d'une police), étendue aux maisons de santé, qui les couvrirait contre les prétentions et réclamations du genre de celles qu'on vient de lire. L'établissement suisse pour épileptiques, de Zurich, a contracté depuis lors une police de ce genre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 11 Février 1946

Présidence : M. MINKOWSKI, vice-président

A l'ouverture de la séance, le Président souhaite la bienvenue au professeur M. Bleuler, de Zürich, qui assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

Méconnaissance systématique du passé apparue au cours du traitement d'une mélancolie par électro-choc, par MM. J. Delay et J.-A. Gendrot.

Observation. — F..., ancien contremaître d'usine, âgé de 40 ans, entre dans le service le 12 avril 1943 pour une mélancolie délirante survenue en prison : il était incarcéré depuis trois mois pour raison politique.

L'examen neurologique est normal, l'examen humoral négatif. Mais l'état général est très défectueux, avec des signes nets de carence alimentaire.

Au point de vue mental, il s'agit d'un mélancolique typique, avec idées de culpabilité et de dépréciation accompagnées d'anxiété permanente. Notons, plus particulièrement, une méconnaissance délirante de la mort du père et d'une belle-sœur, ainsi qu'un refus de reconnaître, lors des visites, sa fille et sa femme. Un état oniroïde avec transformation de l'ambiance, sentiment d'influence et ébauche de syndrome d'influence, et enfin des hallucinations auditives à thème de persécution complètent le tableau mental.

L'analyse du fond mental montre une intelligence moyenne, mais ralentie par une bradypsychie et de gros troubles de l'attention volontaire. Du point de vue mnésique, on note une légère difficulté de remémoration, dont le malade est conscient.

L'histoire du malade est celle d'un déséquilibré instable, parfois violent, avec troubles du caractère et du sens moral. Il ne supporte aucune réprimande d'un supérieur, ou reste parfois muet pendant des semaines à la maison après une querelle conjugale.

Signalons des blessures volontaires et des plaies provoquées pour ne pas travailler, ou pour toucher une prime d'assurance.

Deux condamnations politiques : en 1939, pour propos défaitistes ; en 1943, pour activité communiste et propos terroristes. C'est à la suite de cette deuxième condamnation qu'il arrive à Sainte-Anne il y a trois ans.

Aucun trouble psychopathique n'a été retrouvé dans les antécédents familiaux.

Evolution de la maladie au cours du traitement. — Une série d'électro-chocs est commencée un mois après son entrée, dès que l'état physique le permet.

Dès les premiers chocs, l'état mental s'améliore. Après le 4e choc, il est complètement transformé : l'anxiété a tout à fait disparu, les idées délirantes ne sont plus exprimées, l'état oniroïde est effacé.

Mais il est apparu un *état pathologique nouveau,* caractérisé par des symptômes confusionnels et de curieux troubles mnésiques d'évocation sur un fond d'apathie, d'indifférence et d'inconscience de la maladie : F... ne sait plus qu'il a été en prison, ignore qu'il a une fille et qu'il est marié. Il refuse toujours de croire à la mort de son père. Nous remarquons tout de suite la brusquerie du changement et la disparition de toute anxiété quand apparaissent ces troubles mnésiques systématiques.

Le traitement est poursuivi : après le 6e choc, disparition des troubles confuso-dymnésiques, mais retour de l'état mental précédent, en particulier de l'anxiété et de *tous les souvenirs.* Après le 7e choc, l'état mental qui oscille sans cesse est encore renouvelé ; l'anxiété n'apparaît que par crises, les thèmes délirants semblent disparus, mais la confusion et surtout les troubles de la mémoire réapparaissent de plus en plus étranges ; tout le passé, cette fois, semble oublié ou plutôt ignoré.

L'état physique ne permet pas la continuation du traitement. Pendant des mois, le malade qui présente des œdèmes de carence avec asthénie profonde et bradycardie, restera dans un état demi-stuporeux, désorienté, muet, indifférent, réalisant un syndrome voisin de la confusion chronique para-schizophrénique.

L'amélioration somatique ne permet une reprise des électro-chocs qu'en janvier 1944. Dès le premier choc, F... sort de sa torpeur. Après le deuxième choc, apparaissent des crises émotives avec larmes et

propos mélancoliques. On ne note pas de troubles mnésiques. Après 4 électro-chocs, il s'anime, se lève, mais devient indifférent, désorienté (il se croit en 1930) et surtout les troubles de la mémoire sont réapparus : tout le passé semble à nouveau ignoré.

Le traitement est interrompu après le 5e choc à cause d'une asthénie extrême, avec hypothermie, due à l'état de carence dont on ne parvient pas à sortir le malade. C'est alors qu'il demande de façon stéréotypée à travailler dans les jardins.

Traité à l'orthédrine jusqu'à six comprimés par jour, il retrouve son activité mais conserve ses troubles de la mémoire et son indifférence. On l'envoie travailler.

Depuis vingt-deux mois, F... est resté dans le même état mental. Si l'anxiété et la mélancolie ont tout à fait disparu, son affectivité est bien particulière. Indifférent à l'entourage, il garde des sentiments familiaux développés, mais les réserve à sa femme, sa fille et ses frères. Il refuse de voir ses amis et la plupart des autres membres de sa famille, alléguant ne pas les reconnaître. Quand on lui propose sa sortie, il rit de cette proposition comme d'une « bonne farce ».

Son raisonnement est intact à l'égard des tests et problèmes posés. Son jugement critique est plus difficile à apprécier : il affirme ne pas être fou, mais qu'il est « trop bête pour sortir » et qu'il finira ses jours à l'asile. Sa vie intellectuelle semble surtout considérablement réduite par l'existence de troubles énormes de la mémoire d'évocation ; il dit ne rien savoir de lui ni du monde jusqu'en mars 1944, date de sa réadaptation au travail, dans les jardins de l'hôpital.

Son comportement mérite d'être détaillé : en dehors des interrogatoires, son activité est réduite à des travaux de manœuvre. Silencieux, effacé, docile, ponctuel, on n'entend jamais parler de lui. A l'interrogatoire, il se prête à tous les examens, volontiers, avec une indifférence euphorique, mais il ne parle que s'il y est invité. Inaccessible à toute invigoration, il se réfugie, dès qu'on le pousse, en particulier dès qu'on tente d'explorer son passé, dans une sorte de niaiserie déconcertante : « Je ne sais pas », « Peut-être bien », « Comme vous voulez », et il rit de son propos, d'un rire franc et communicatif, comme d'une plaisanterie.

C'est toute cette attitude qu'il s'agit de discuter. L'hypothèse d'une simulation, devant une « amnésie » si suspecte, chez ce déséquilibré médico-légal, simulateur de maladies ou de plaies provoquées, est immédiatement évoquée, mais les deux condamnations ont tourné à son avantage, et l'on ne voit pas l'intérêt qu'aurait F., depuis 22 mois, à simuler une amnésie qui n'aurait pour but et pour résultat que d'aliéner sa liberté. L'hypothèse d'une sursimulation rencontre les mêmes objections.

Nous ne retiendrons pas l'hypothèse d'une amnésie vraie, complication de l'électro-choc. Des amnésies d'une telle enver-

gure ne se rencontrent pas. En outre, loin d'essayer de retrouver son passé, le malade s'en désintéresse, et, s'il fait un effort, c'est pour n'y pas penser. « Tout cela est mort », dit-il.

Nous touchons là, précisément, au caractère majeur de cette « amnésie » : F. ne veut pas entendre parler de son passé. Il s'en désolidarise jusqu'à le méconnaître et peut-être l'anéantir, jusqu'à refuser une sortie qui le remettrait en contact constant avec lui.

Nous sommes en présence soit d'une amnésie systématique, disons hystérique, soit d'un véritable délire de négation à forme amnésique, ce qui revient au même. Il s'agit, en effet, d'un refoulement du passé, insupportable, on l'a vu, au cours des accès anxieux. Elective malgré son ampleur, cette amnésie présente un caractère affectif indiscutable : tout le passé ancien, en fait, n'est pas « mort ». Sur des photographies que nous nous sommes procurées, nous en avons fait la preuve, car il y reconnaît certaines personnes et en méconnaît d'autres qu'il connaissait aussi bien et qu'il refuse désormais de recevoir. Pendant la période de mélancolie délirante, l'électro-choc a montré de façon saisissante cette oscillation des deux tableaux cliniques : soit un syndrome mélancolique avec anxiété intense, mais mémoire intacte ; soit un état d'indifférence avec méconnaissance systématique du passé.

Actuellement, toutes les explorations restent inefficaces ; les associations de Jung montrent une résistance globale par refuge dans les perceptions. F. prétend qu'il ne rêve pas. L'exploration sous narcose a mis en évidence la même opposition. Bien défendu de toutes parts, le système ne laisse aucune prise à l'analyse ou à la thérapeutique : électro-chocs, encéphalographie, pentothal, suggestion, menaces, mises en scène de sortie, toutes les méthodes se heurtent au même refus, à ce mutisme déguisé.

Aussi, peut-on porter d'extrêmes réserves sur le pronostic d'un tel état, si proche des attitudes paradoxales, incompréhensibles, observées dans les états schizophréniques, et que seul l'avenir permettra de juger et de classer définitivement.

Le malade est introduit.

Discussion

M. Marchand. — Je crois qu'il s'agit surtout d'un indifférent qui, peut-être volontairement, ne s'occupe plus que du présent.

M. Guiraud. — Il s'agit, à mon sens, d'une attitude de *défense instinctive* qui s'apparenterait de loin à ce qu'on appelle l'*amnésie pithia-*

tique. Ce sont des cas dans lesquels l'insuline serait plutôt à conseiller que l'électro-choc. Je ne sais si l'inconscient joue ici un rôle très important. En tout cas, l'état actuel me paraît plus grave que si le malade était vraiment anxieux. L'anxieux, le délirant, amènent à la conscience la cause même de leur maladie. Si la situation s'aggrave, on aboutit à un état de stupeur dont il est difficile de tirer le sujet.

Hémi-facio-craniose, délinquance juvénile, par M. P. Giscard.

Sous le nom d'*hémi-craniose,* Brissaud et Lereboullet avaient décrit, en 1903, une déformation du crâne, caractérisée par une large exostose fronto-pariétale, datant de la première enfance et se développant très lentement, puis se traduisant à l'âge adulte par des signes de tumeur cérébrale et d'épilepsie. L'autopsie de l'un des deux malades de Brissaud et Lereboullet démontra que cette tuméfaction osseuse était liée au développement intra-cranien de tumeurs dure-mériennes ayant la structure histologique de sarcomes angiolithiques.

Plus tard, en 1925, Léri et Layani publièrent, sous le nom d'*hémi-facio-craniose,* un cas où, à une atteinte relativement modérée du crâne, s'ajoutait une déformation faciale accentuée, le maxillaire supérieur droit formant une saillie volumineuse, cette tuméfaction s'accompagnant aussi d'un épaississement unilatéral de la gencive et de la voûte palatine.

Ces déformations étaient strictement unilatérales.

D'autres cas furent publiés par Parhon et Nadjède, Parhon et Goldstein, Leriche, Léri, H. Roger et Reboul-Lachaux, Reveux. Ils rentraient dans le cadre de l'hémi-craniose.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine, M. Lhermitte a donné deux nouvelles observations d'hémi-craniose (séance du 19 juin 1945). Il considère l'hémi-craniose comme un processus ostéogénique réactionnel au contact d'un méningiome et estime que l'exérèse de la tumeur intra-cranienne serait indiquée avant l'apparition des accidents terminaux. Il pense, en outre, que l'hémi-craniose de Brissaud-Lereboullet doit être absolument distinguée des hyperostoses craniennes observées dans la maladie de Paget par Sicard et Laplane et de l'hémi-facio-craniose de Léri et Layani.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces malformations cranio-faciales, voici un nouveau cas d'hémi-facio-craniose observé au cours d'une expertise médico-légale d'un voleur récidiviste :

Observation. — X... Henri, âgé de 19 ans, est inculpé de vols pour avoir dérobé dans diverses maisons, en compagnie de camarades, des bouteilles de vin, des œufs, etc. Il n'a fait aucune difficulté à reconnaître ces vols qui lui étaient reprochés. En 1940, déjà inculpé de recel, il avait été acquitté comme ayant agi sans discernement. En 1942, poursuivi pour d'autres faits, il avait été condamné à six mois de prison avec sursis pour recel et abus de confiance.

Il est bien connu de la police judiciaire qui, dans ses fiches de renseignements, le considère comme « une parfaite crapule », un « individu capable de tout ».

Antécédents. — Son père, qui est mort de tuberculose pulmonaire, était un alcoolique, atteint de cirrhose du foie, et présenta des crises qualifiées par son médecin de crises de delirium tremens.

L'inculpé dit avoir contracté la syphilis.

Examen physique. — D'emblée, au premier aspect, on est frappé par sa difformité faciale. Cette difformité l'a fait surnommer par ses camarades « la grosse joue ». On observe au niveau de la joue droite un gonflement volumineux à forme tumorale. Cette difformité produit une hypertrophie de toute la région jugale, s'étendant en haut jusqu'au niveau de la région sous-orbitaire. L'œil, cependant, paraît indemne. En arrière, le gonflement va jusqu'au devant du conduit auditif. En avant, la tumeur laisse libres les sillons palpébro-génien et naso-labial, qui sont bien marqués. En bas, le gonflement ne dépasse pas le rebord inférieur de la mâchoire.

Si on palpe cette tuméfaction, on se rend compte que l'apophyse zygomatique est hypertrophiée et épaissie, mais qu'au-dessous d'elle le doigt s'enfonce, la peau, quoique bombée, ne recouvrant à ce niveau que des parties molles. La tuméfaction ne porte donc pas uniquement sur le tissu osseux.

On constate d'ailleurs à l'inspection une hypertrophie des deux lèvres, uniquement localisée à droite. La lèvre supérieure et la lèvre inférieure présentent chacune un renflement, mais le renflement de la lèvre inférieure est plus accusé. Cette hypertrophie de la lèvre inférieure est très accentuée.

La dystrophie de l'hémi-face se communique aux parties internes de la cavité buccale à droite. On constate sur la face interne de la joue des saillies mamelonnées assez volumineuses. Les gencives sont hypertrophiées. Enfin, l'amygdale droite est anormalement grosse, développée, tandis que la luette est de dimensions normales.

L'hémi-langue droite est très hypertrophiée, elle occupe environ les trois quarts de la langue. L'hémi-langue gauche est normale. Les sillons et les papilles linguales droites sont très accusés.

Le malade indique que cette tuméfaction faciale a débuté dès sa première enfance. A ce moment-là, elle avait environ la grosseur d'une noisette.

L'*examen oto-rhino-laryngologique*, pratiqué par le D[r] Durif, mon-

tre la déviation vers la gauche de la pyramide nasale, en rapport avec l'asymétrie faciale, un cavum et un larynx normaux, des traînées purulentes à droite et à gauche provenant des méats moyens (pus muco-purulent, glaireux, un peu grumeleux, sans odeur caractéristique, dû vraisemblablement à une sinusite des sinus frontaux, que la radiographie montre opaques). Les deux fosses nasales ont sensiblement la même largeur. L'examen des oreilles montre des tympans d'aspect normal (à noter seulement une légère voussure (hyperostose) de la paroi antérieure du conduit osseux à droite.

Les *radiographies,* interprétées par le Dr Nebout, montrent une opacité diffuse de l'hémi-face droite, qui est due pour une part à l'ombre surajoutée des parties molles hypertrophiées ; et aussi à des modifications osseuses multiples, qui intéressent le squelette de la face du côté droit. L'os malaire est épaissi, élargi, avec une structure osseuse un peu modifiée. Son apophyse orbitaire est également plus large. L'arcade zygomatique est beaucoup plus saillante à droite qu'à gauche. Le maxillaire supérieur est aussi hypertrophié et la cloison des fosses nasales fortement déviée vers la gauche dans sa partie inférieure. Le maxillaire inférieur est également très épaissi dans sa moitié droite, surtout au niveau de son angle. On note également un retard dans l'évolution des dents de sagesse : du côté droit, elles sont encore dans le maxillaire en haut et en bas, alors qu'à gauche leur évolution est faite.

Les incidences sous lesquelles ont été prises les épreuves montrent mal les sinus maxillaires (les circonstances n'ont pas permis de prendre de nouveaux clichés). Les sinus frontaux sont un peu voilés, surtout à droite. De profil, les sinus sphénoïdaux ne sont pas aussi clairs qu'habituellement. La selle turcique a une configuration normale. Les massifs pétreux sont très denses.

Au niveau de la voûte, on ne remarque pas d'ombres surajoutées, comme on en trouve dans certains cas de méningiomes.

L'*examen ophtalmologique* (Dr Canque) montre une dilatation des vaisseaux du côté droit, sans œdème de stase. Il n'y a pas de paralysies oculaires.

En présence de ces symptômes, une *ponction lombaire* est pratiquée. En position assise, le manomètre marque 90, puis 55 après résolution musculaire. En position couchée, l'aiguille descend à 41. L'épreuve de Queeckenstedt-Stockey vérifie que les espaces sous-arachnoïdiens sont libres. Mais devant cette hypertension liquidienne, l'aiguille est retirée sans que du liquide ait été soustrait.

Examen mental. — L'interrogatoire du délinquant ne révèle pas chez lui de déficience intellectuelle. Il répond d'une façon satisfaisante aux questions posées. Il ne présente aucun symptôme d'ordre confusionnel et n'a ni troubles de l'orientation, ni troubles de la mémoire. Son jugement est normal, son autocritique conservée. Son niveau mental paraît moyen. Peu émotif, il se montre surtout indif-

férent dans le domaine des questions morales. Il a tous les caractères psychologiques du pervers. Il promet de s'amender à sa sortie de prison, mais on peut se demander dans quelle mesure ces velléités d'amendement sont sincères. Son éducation ne fut pas négligée. Assez intelligent, il avait de bonnes places en classe et réussit sans difficulté aux épreuves du certificat d'études. Après sa sortie de l'école, il eut divers emplois comme apprenti-mécanicien, fut travailleur dans un garage, puis monta des gazogènes. Mais inconstant et paresseux, il échappa à la surveillance de ses parents et se lia avec des camarades qui l'entraînèrent à des actes délictueux.

Il a de la céphalée, en rapport vraisemblablement avec son hypertension intra-cranienne.

La dystrophie constatée chez ce malade atteignait donc le tissu osseux et les parties molles, les lèvres, les gencives et l'amygdale. Elle était strictement localisée au côté droit. Elle s'accompagnait d'un certain degré d'hypertension intra-cranienne.

D'autres investigations auraient pu être faites, mais une expertise médico-légale forcément limitée n'a pas permis de les pratiquer.

Sur le pronostic des syndromes de Cotard traités par l'électro-choc, par M. Jean Delay, Mme J. Dreyfus-Moreau et MM. Gendrot et Digo.

Les deux observations que nous rapportons aujourd'hui illustrent avec une netteté particulière la faillite des éléments pronostiques classiques de la mélancolie depuis son traitement par l'électro-choc.

Tous les témoins habituels de l'incurabilité étaient réunis chez notre première malade. Elle est retournée chez elle, guérie, après onze électro-chocs.

Observation I. — Il s'agit d'une femme de 64 ans, Mme Ph..., bien portante, et de caractère très gai, jusqu'à l'âge de 52 ans. Il faut noter cependant un petit épisode dépressif en 1914. Coïncidant avec la ménopause, apparaissent les premiers symptômes de la maladie.

Elle est un peu triste. Elle s'inquiète pour tout. Elle craint de manquer d'argent ; hésite à acheter les objets les plus nécessaires.

Peu à peu cet état s'aggrave. Elle cesse de sortir. Elle ne s'occupe plus de son ménage et en quelques mois sombre dans une inactivité complète. Cet état d'apathie dure deux ou trois ans. A ce moment, commencent à s'extérioriser les idées délirantes. Elle ne peut plus vivre dans ces conditions, Elle souille la terre, elle a mal agi. La

Préfecture va venir la prendre. On va la guillotiner.

Elle fait plusieurs tentatives de suicide : pendaison, défénestration. Elle part pour se noyer, mais revient spontanément chez elle.

Les mois, les années passent. La famille n'a pas l'idée qu'on peut la soigner. Elle devient méchante ; supporte difficilement son mari. La nuit, elle ne dort pas, elle marche de long en large en se plaignant sans arrêt. Elle mange de moins en moins.

Le départ de son mari, il y a un an environ, amène une sorte d'amélioration. Elle est plus calme, mange plus facilement. Mais c'est alors qu'elle commence à exprimer des idées de négation : elle n'a plus de cœur, plus de poumons.

Son fils, qui revient d'Allemagne, exige qu'on essaie de soigner sa mère, et c'est ainsi qu'elle entre dans le service en septembre 1945.

Il s'agit donc d'un syndrome mélancolique, dont le début a coïncidé avec la ménopause, et qui évolue depuis douze ans sans rémission.

L'examen confirme ce diagnostic. Dans le service, la malade a tout le comportement d'une mélancolique ; quelquefois prostrée, plus souvent sur le qui-vive, marchant de long en large en se frottant les mains de manière stéréotypée ; elle supplie qu'on en finisse, et qu'on la guillotine tout de suite. Dès qu'on lui parle, elle exprime des idées de ruine, de deuil, d'auto-accusation. Elle n'est pas digne de vivre ; elle a spéculé avec l'argent de sa fille ; elle est une mauvaise épouse. Les mêmes thèmes reviennent constamment. C'est un délire pauvre et monotone. Il existe certainement aussi quelques phénomènes pseudo-sensoriels peu actifs, vagues : des gens lui parlent ; on dit du mal d'elle.

Par ailleurs, l'insomnie est complète. Il existe du refus d'aliments.

Mais ce qui nous paraît important à souligner, c'est d'une part le délire hypocondriaque, d'autre part l'état thymique.

Cette malade présente un syndrome de Cotard. A côté de préoccupations hypocondriaques banales, Mme Ph... pense qu'elle est tuberculeuse ; elle réclame une radio, etc. ; elle a un délire de négation et des idées d'immortalité.

Les idées de négation sont très typiques ; elle n'a plus rien à l'intérieur. Le cœur ne bat plus. Elle n'a plus ni veines, ni artères, rien que la peau. De l'intestin, il ne lui reste qu'une hernie double.

Les idées d'immortalité ne sont pas exprimées spontanément par la malade. C'est une triste conclusion qu'elle tire en constatant qu'elle vit dans des conditions incompatibles avec la vie.

Pas d'idées d'énormité. Pas d'idées de damnation ni de possession.

Il s'agit donc d'une mélancolie chronique. Au délire banal d'auto-accusation, d'indignité, de ruine, s'ajoute un délire de Cotard avec négation d'organes et idées d'immortalité.

Mais un dernier élément donne à cette mélancolie un caractère très particulier. C'est l'état thymique, qui est une véritable athymie, ou mieux, une tristesse, une anxiété à froid. Sans doute, la malade a

un comportement de douleur ; elle s'agite comme une anxieuse. Mais cette anxiété semble vide d'affectivité. Elle parle de la guillotine sans conviction, exprime avec indifférence des idées tristes et garde un ton détaché, en dépit d'une allure générale gémissante, pour parler de son indignité et de son syndrome hypocondriaque. Il s'agit vraiment de la mélancolie qui a évolué pendant des années et s'est vidée de son contenu affectif. La malade rabâche des idées délirantes stéréotypées.

Tous les éléments de mauvais pronostic sont réunis. Il s'agit d'une mélancolie présénile, qui après douze ans a évolué sans rémission, a abouti au tableau de la mélancolie chronique, vide de tout élément douloureux, ne présentant plus qu'un délire appauvri et stéréotypé auquel s'est adjoint un syndrome de Cotard.

Quelques bons éléments cependant. Cette malade, dont l'état général est médiocre, ne semble présenter aucun signe d'affaiblissement intellectuel sous-jacent. Tension artérielle, urée sanguine sont normales.

On commence le traitement. Dès le deuxième électro-choc, elle est plus calme. La nuit, elle dort un peu. Le troisième électro-choc déclenche une bouffée anxieuse. La malade se tord les mains, pleure. La guillotine prend une réalité terrifiante. Elle revit tout son délire avec acuité.

Dès le choc suivant, cette anxiété s'apaise et dès lors la malade s'achemine vers la guérison. Elle reprend une certaine activité, n'extériorise plus ses idées que quand on les lui rappelle. Et elle quitte le service faisant la critique des troubles qu'elle a présentés.

Observation II. — Notre second malade, M. Pi..., 61 ans, a toujours été bien portant. Robuste, jovial, on ne relève dans ses antécédents qu'une commotion cérébrale grave : ensevelissement en 1915, qui lui a laissé une hypoacousie gauche.

En 1941, âgé de 57 ans, il se plaint de fatigue, d'ennui. Il a sans raison des crises de larmes ; son état s'aggrave très vite et, au bout de deux mois, apparaissent des idées de damnation, d'énormité, de négation et de transformation des organes, en même temps qu'une grosse anxiété. Il fait plusieurs tentatives de suicide.

Hospitalisé à la Salpêtrière, il subit une première série d'électro-chocs et sort très amélioré. Mais au bout de peu de temps, rechute progressive. Il est possédé par le bon Dieu, dont il entend la voix. Il entend aussi la voix des sirènes. Il n'a plus de sœur. On l'a pompé. Il ne mourra pas puisqu'il est habité par un saint. Il est interné à la clinique en octobre 1944.

Dès ce moment, chez ce malade, on note deux sortes de troubles :

1° un état mélancolique avec délire de Cotard très complet ;

2° un affaiblissement intellectuel léger mais incontestable, avec pleurnicheries, radotages, évocation geignarde de souvenirs anciens.

Une encéphalographie gazeuse montre que cet affaiblissement intellectuel va de pair avec une atrophie cérébrale. Si les sillons corticaux

ne présentent aucun élargissement, les ventricules sont modérément mais diffusément dilatés. Il s'agit donc vraisemblablement d'une atrophie au début.

Ce malade, depuis qu'il est à la clinique, a subi trois séries d'électro-chocs. Ces trois séries ont toujours amené la même transformation : *idées délirantes, hallucinations, anxiété,* tout disparaît. Le malade se préoccupe de ses proches, de son travail, de sa maison.

Mais au bout de un ou deux mois, M. Pi... redevient hargneux, triste, boudeur, et il extériorise à nouveau des idées d'indignité, de ruine, de deuil, ainsi que son délire hypocondriaque. Fait important à noter : à chaque rechute, réapparaît un important élément anxieux.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ces deux observations. D'abord, parce que toutes les deux sont des syndromes de Cotard guéris par l'électro-choc. Et ceci, sans être exceptionnel, n'est pas très fréquent.

Mais surtout, à propos de ces observations, nous voulons insister sur deux points précis :

1° sur le pronostic de la mélancolie qui, depuis l'ère de l'électro-choc, ne peut plus se fonder sur les éléments classiques ;

2° sur les possibilités et les limites de l'électro-choc en matière de mélancolie.

Eléments actuels de pronostic en matière de mélancolie

Il n'est plus vrai de dire qu'une mélancolie est incurable, parce qu'elle évolue depuis des années.

Il n'est plus vrai de dire qu'une mélancolie est incurable, parce qu'elle a pris les caractères d'une mélancolie chronique, vidée de son contenu douloureux, réduite à un délire appauvri et stéréotypé.

Il n'est plus vrai, enfin, de voir dans le syndrome de Cotard le test de l'incurabilité.

Notre première malade réunissait tous ces éléments de fâcheux pronostic. Elle a guéri complètement ; notre second malade, qui présentait le même syndrome de Cotard, est en passe de devenir un chronique d'asile. Cette apparente discordance nous amène à chercher d'autres éléments pronostiques que l'âge du malade, la durée de l'évolution ou la forme de l'accès mélancolique.

Il y a entre nos deux observations une différence essentielle. L'accès mélancolique de Mme Ph... peut être considéré, en raison de l'épisode dépressif survenu en 1914, comme une reviviscence d'une psychose périodique. L'accès mélancolique est toute la maladie.

Au contraire, chez M. Pi..., on trouve, esquissés derrière le symptôme mélancolique, et surtout après sa guérison, des éléments de léger affaiblissement intellectuel. On ne peut pas parler de démence sénile, ni présénile, mais l'encéphalographie montre des lésions anatomiques. Et il nous apparaît que ce sont ces lésions ou plutôt la cause qui est à l'origine de ces lésions qui fait le pronostic de la maladie.

De plus en plus, il semble qu'il faille considérer la mélancolie comme un syndrome. Le plus souvent symptomatique d'une psychose périodique, sans lésions anatomiques visibles, elle en a le pronostic favorable. Mais lorsqu'elle est symptomatique d'une démence sénile, d'une démence artériopathique ou autre, elle en a le pronostic sans espoir. On ne peut plus considérer la mélancolie comme une entité en soi, portant en soi son pronostic, mais comme un symptôme dont le pronostic ne peut être considéré qu'en fonction d'une étiologie précise.

Valeur thérapeutique de l'électro-choc

L'électro-choc est la thérapeutique du syndrome mélancolique. Le fait est banal quand il s'agit d'une psycho-maniaco-dépressive.

Mais notre deuxième malade aussi est guéri de son syndrome mélancolique après chaque série d'électro-chocs. Il retombe au bout d'un certain temps, parce que persistent et les troubles intellectuels et l'atrophie cérébrale qui sous-tend et peut-être justifie l'état mélancolique. Mais il suffit de lui refaire quelques électro-chocs pour le guérir à nouveau.

Nous avons déjà observé la guérison par électro-choc d'états mélancoliques épiphénomènes dans un tableau de démence organique, de paralysie générale en particulier. Mais la guérison ne dure pas. La rechute survient au bout d'un temps en général assez court. Dans tous ces cas, l'électro-choc a la valeur d'une thérapeutique symptomatique. Elle n'agit que sur le symptôme mélancolie. La cause première subsiste. La mélancolie réapparaît.

Au cours même de la psychose maniaco-dépressive, l'électro-choc n'a qu'une puissance limitée. Il agit sur l'accès. Mais il ne prévient pas les rechutes ultérieures. Entre les accès, il est sans action.

L'électro-choc est actuellement la meilleure arme que nous possédions dans les cas de mélancolie. Mais c'est une arme de portée restreinte. Il agit sur les éléments du syndrome mélancolique et les fait disparaître quelle que soit leur classique gravité. Plus même, quelle que soit leur étiologie. Mais il n'agit que sur

eux, laissant inchangé l'état anatomique ou fonctionnel qui en est l'origine. Cette persistance explique toutes les rechutes que l'électro-choc sera de nouveau capable de guérir, mais non de prévenir.

DISCUSSION

M. MINKOWSKI. — Dans le premier cas, j'hésiterais à parler de mélancolie présénile ; on sait en effet que les résultats de l'électro-choc sont différents dans cette forme psychopathique.

M. Jean DELAY. — J'ai vu cependant un cas de démence avec lésions lacunaires, guéri après électro-choc. Dans un autre cas, il s'agissait d'un israëlite de 72 ans, considéré et traité comme un parkinsonien, amnésique, sans tonalité affective, avec raideur et hypertension artérielle, mais dont l'état avait commencé par un syndrome mélancolique à la suite de la déportation de son fils. Sept électro-chocs suffirent à faire disparaître le syndrome. Vers le 3e ou 4e électro-choc apparut une petite période anxieuse. Le sujet est actuellement entièrement guéri. Or, il ne s'agissait pas d'un périodique, de sorte qu'en définitive, je me demande si la mélancolie ordinaire et la mélancolie dite présénile constituent des syndromes de natures différentes. En tout cas, on ne peut considérer l'électro-choc comme un test de différenciation, puisque ce traitement réussit également dans les mélancolies séniles.

Action de la pénicilline dans une paralysie générale juvénile,

par M. J. DELAY, Mme DREYFUS-MOREAU et M. Laurent STÉVENIN.

Nous efforçant actuellement de préciser les indications et les modalités de la pénicillothérapie dans la paralysie générale, nous avons eu l'occasion d'observer ce cas qui nous paraît particulièrement intéressant :

OBSERVATION. — La jeune Ginette R..., âgée de 20 ans, est entrée à la clinique de la Faculté le 3 novembre 1945, nous étant adressée par le Dr Fumery, médecin de l'hôpital de Fontainebleau, où elle était en observation depuis le 12 septembre 1945.

Cette malade présentait à son entrée un état *confuso-démentiel*, dont témoignait au plus haut point son aspect : les cheveux et les vêtements en désordre, l'expression du visage à la fois hagarde et indifférente, l'incurie, l'incohérence du comportement et des propos. Aux questions posées, elle ne donnait que des réponses vagues et imprécises avec approbativité ; elle proférait des phrases incompréhensibles, des mots sans suite, entrecoupés de ricanements.

Elle était désorientée dans le temps, ignorait la date, se croyait encore à Fontainebleau, manifestant du reste un désintérêt, une inaffectivité complète ; de gros troubles de l'attention, impossibles à fixer, rendaient difficiles les épreuves des tests. Le jugement était considérablement affaibli, on notait de grossières erreurs commises avec indifférence dans la table de multiplication comme dans les opérations les plus simples.

A l'examen physique, on remarque d'emblée l'existence de gros stigmates dégénératifs évoquant l'hérédo-syphilis. Pâle et chétive, elle présente une hypotrophie staturale très marquée, un aspect très juvénile, des malformations craniennes, un front bombé, semblant être une séquelle d'hydrocéphalie ; on note, en outre, une dentition anormale, avec dents d'Hutchinson.

A *l'examen neurologique*, pratiqué à son entrée, les réflexes rotuliens étaient exagérés des deux côtés et les achilléens abolis, les pupilles étaient inégales mais régulières avec signe d'Argyll-Robertson très net, le tremblement lingual était très marqué, avec léger tremblement digital ; il existait une grosse dysarthrie.

Le Bordet-Wassermann dans le sang était fortement positif, le 10 novembre 1945.

L'examen du liquide céphalo-rachidien précisa le diagnostic de paralysie générale. Le 14 novembre 1945, le benjoin colloïdal était très fortement positif, ainsi que le Bordet-Wassermann. L'albuminose était de 2 gr. 60. La lymphocytose de 98 éléments.

L'étude de ses antécédents nous apprend que, née à terme par un accouchement normal, son développement physique et psychique s'est effectué très lentement, pendant la première et la deuxième enfance. La dentition a été retardée, la marche ne s'est effectuée qu'à 2 ans 1/2, le langage n'est apparu que vers 3 ans.

On ne note pas de convulsions, pas d'énurésie prolongée. Malgré une scolarité longue poursuivie de 4 ans 1/2 à 18 ans dans un pensionnat religieux, les acquisitions scolaires furent très réduites et lentement réalisées ; elle apprit cependant à lire et à écrire mais très peu à calculer et n'obtint pas son certificat d'études primaires. A partir de 14 ans, on fit surtout son éducation au point de vue ménager ; elle apprit à faire du tricot.

De caractère doux et affectueux, arriérée mais bien adaptée à la vie familiale, elle demeurait peu active, n'aimant pas sortir, peu sociable, n'ayant pas d'amies de son âge.

Elle était bien réglée, la menstruation s'établit normalement à l'âge de 12 ans.

Depuis 2 ans, son activité avait progressivement diminué, elle demeurait oisive de longs moments, ne s'intéressant à rien, recherchant la solitude, mais l'état somatique, l'appétit et le sommeil étaient normaux.

Au début de juillet 1945 elle devint bizarre, totalement inactive, désorientée ; elle commença à manifester une certaine incohérence des

actes et des propos, se mit à lacérer ses vêtements, à briser des objets : ces désordres du comportement alternant avec des intervalles de calme et d'indifférence.

Survinrent deux fugues : la première, le 14 juillet 1945, de courte durée : désorientée, elle fut arrêtée à 4 kilomètres de chez elle ; la deuxième, 3 semaines après : elle fut retrouvée à 38 km. de son point de départ. Placée alors à l'hôpital de Fontainebleau, le 12 septembre 1945, elle était à ce moment dans un état de confusion mentale avec agitation qui persista pendant plusieurs semaines, puis elle se calma progressivement, redevint indifférente avec persistance de troubles du comportement, turbulence épisodique, vols à des voisines, larcins commis par gourmandise, etc...

Envoyée dans le service le 3 novembre 1945, accompagnée par son père, celui-ci nous révéla ses antécédents héréditaires : sa mère eut trois grossesses : la première aboutit à une fausse-couche de 7 mois ; la deuxième à la naissance de la malade ; la troisième à celle d'un enfant mort à l'âge de 2 mois. Après ce dernier accouchement, elle fut internée à Fains-les-Sources et mourut après deux ans d'internement, à l'âge de 32 ans. Ces notions viennent confirmer le diagnostic posé.

Nous pratiquons une encéphalographie, le 14 novembre 1945, qui ne montre aucune injection des ventricules, fait probablement en rapport avec une arachnoïdite ancienne de la base ; par contre, une bonne injection des sillons qui ne sont pas dilatés, nous en concluons qu'il n'existe pas d'atrophie corticale. Soulignons, en passant, la valeur pronostique de cette donnée, qui, dans ce cas, nous a permis d'espérer un succès thérapeutique, lequel fut en effet obtenu.

Au cours de 5 semaines d'observation, l'état confusionnel s'atténua avec persistance d'un état démentiel extrêmement marqué.

Le traitement par la pénicilline est alors institué et, à partir du 13 décembre 1945, la malade reçoit quotidiennement 10.000 unités par voie uniquement intra-musculaire et sous-cutanée, en quatre injections, pratiquées à 8 h., 12 h., 16 h. et 21 h., les trois premières intra-musculaires, la dernière sous-cutanée, afin d'en prolonger l'effet. Le traitement fut poursuivi jusqu'à la dose totale de 2 millions cinq cent mille unités oxford, doses voisines de celles préconisées par la plupart des auteurs américains dans de tels cas (1).

(1) A. Baudouin et Schaffer. — La neurologie en 1945 (revue annuelle). La pénicilline dans le traitement de la syphilis nerveuse. *Paris médical*, 1932, 10 novembre 1945, p. 339. — The action of penicillin in late syphilis including neurosyphilis, benigne late syphilis and late congenital syphilis. Preliminary Report. Stokes, Sternberg, Schwartz, Mahoney Moore and Wood. *Journ. of Am. Méd. Ass.*, 126, 9 septembre 1944, p. 73. — Penicillin for Neurosyphilis, Douglas Goldman. *Journ. of Ass. Med.*, 128, n° 4, p. 274. — Penicillin in Neurosyphilis : effect on blood on spinal fluid Groyers D. Gammon, Stokes, Herman Bauman, Norman R., Ingrastram, John Lentz, Morgan. Stub Elizabeth Kirk Ron. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 128, n° 9, p. 653.

Des ponctions lombaires de contrôle furent pratiquées tous les cinq jours, pendant la durée du traitement, et révélèrent une régression très marquée de l'albuminose et de la lymphocytose rachidiennes.

Avant traitement, nous avons vu que l'albuminose était de 2 gr. 60, la lymphocytose de 98 éléments.

Le 18 décembre 1945, albumine : 1 gr. 20 ; lymphocytes : 42.

Le 24 décembre 1945, albumine : 0,95 ; lymphocytes : 25.

Le 31 décembre 1945, albumine : 0,80 ; lymphocytes : 10.

Le 4 janvier 1946, on note une légère réascension coïncidant avec un clocher thermique : albumine, 1 gr. 10 ; lymphocytes, 33. Le 10 janvier 1946 : albumine, 0,70 ; lymphocytes, 9.

Parallèlement à ces modifications humorales, l'état mental de la malade, son aspect et son comportement se sont progressivement transformés. L'amélioration fut notée dès les premiers jours et fut nettement perceptible le cinquième jour du traitement. Ginette paraissait plus présente, répondait mieux aux questions simples, s'alimentait seule, calme et docile, moins confuse. Les progrès sont allés en s'accentuant les jours suivants. Vers le dixième jour, la malade est sortie de plus en plus de son état d'indifférence, s'intéressant à l'entourage, tenant des propos cohérents, bien orientée.

Les troubles de l'attention spontanée et provoquée, ont peu à peu régressé.

L'état d'inaffectivité, dans lequel elle était plongée depuis son entrée, s'est dissipé ; elle demanda spontanément à écrire à ses parents, devenant plus active elle se leva et aida aux soins du ménage avec diligence, bonne volonté et de plus en plus d'adresse. Elle s'est mise à tricoter et effectue avec soin et méthode des ouvrages assez habilement exécutés.

Cette amélioration considérable a encore progressé depuis la cessation du traitement.

D'autre part, son état général est devenu meilleur et son poids a augmenté de plusieurs kilos. Ses règles se sont rétablies ces jours-ci (elle était aménorrhéique depuis des mois).

A l'examen neurologique : les réflexes rotuliens, exagérés à son entrée, sont maintenant sensiblement normaux des deux côtés, les achilléens demeurent abolis, ainsi que les réflexes photomoteurs. Mais le tremblement a disparu, la dysarthrie a beaucoup diminué et n'apparaît plus qu'aux mots d'épreuve.

Signalons que le père de la malade, venu récemment la voir, l'a trouvée absolument transformée et la déclare mieux qu'elle n'était avant l'apparition des premières manifestations de paralysie générale.

Certes, elle demeure une grande arriérée, et les examens du niveau mental, s'ils révèlent de nets progrès, ne lui donnent guère un âge mental supérieur à 8 ans. Mais il faut tenir compte de son peu d'acquit, et, fait capital, elle paraît actuellement éducable et pourrait peut-être, dans l'avenir, être adaptée à un emploi n'exigeant que peu d'initiative,

En résumé : il convient de souligner, chez notre malade, l'heureux effet de la pénicillinothérapie effectuée par voie strictement intramusculaire et sous-cutanée.

Le dosage de la pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien pratiqué à l'Institut Pasteur n'en a pas révélé de traces dosables au cours du traitement. Divers auteurs américains ont signalé le fait, et nous pensons que la pénicilline apportée uniquement par voie sanguine n'en imprègne pas moins le névraxe de façon efficace dans de tels cas.

Signalons tout particulièrement la tolérance parfaite du traitement qui fut supporté sans que survienne aucune réaction fâcheuse.

On ne peut considérer qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une simple rémission d'état confusionnel chez une paralytique générale, car, comme nous le mentionnons dans son observation, la confusion avait disparu depuis plusieurs semaines, lorsque nous avons entrepris son traitement, et le tableau clinique ne comportait plus que des signes démentiels.

C'est donc une régression d'état démentiel que nous avons obtenue grâce à la pénicilline.

Il y a lieu de rapprocher le succès de cette thérapeutique chez une paralytique générale juvénile hérédo-syphilitique avec les bons résultats obtenus dans le traitement par la pénicilline de différentes lésions de syphilis héréditaire. La négativation des réactions du Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal n'a pas encore été réalisée chez notre malade, mais dans la plupart des observations de cas de syphilis nerveuse traités par la pénicilline, les modifications des réactions humorales ne s'effectuent le plus souvent qu'au cours des semaines ou des mois qui suivent le traitement pénicillinique, l'action sur l'albuminose et la lymphocytose étant toujours la plus précoce.

Discussion

M. Guiraud. — La réduction d'albuminose me paraît peu significative ; le dosage de l'albumine rachidienne est sujet, par les méthodes courantes, à de sérieuses causes d'erreur. C'est surtout sur l'état clinique qu'il faut se fonder pour juger de l'évolution.

Je ne crois pas, d'autre part, qu'on puisse distinguer, dans la conduite à tenir à l'égard de la paralysie générale, l'adulte et l'enfant. Dans les deux cas, il est opportun de commencer, dès que possible, la malariathérapie. Même avec la pénicilline, je ne pense pas qu'on puisse négliger son action.

M. Marchand. — On voit parfois la paralysie générale juvénile évoluer par poussées, avec des reprises et des rechutes qu'on s'explique mal. J'ai observé des améliorations très fortes, même avec le stovarsol, puis la maladie reprenait son évolution.

Action de l'aminothiazol sur l'évolution d'un accès maniaque,

par M. J. DELAY, Mme LEULIER et M. A.-Alain ASSAILLY.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette première observation d'un accès maniaque qui, à diverses reprises, a cédé rapidement sous l'action de l'aminothiazol (1).

Cet antithyroïdien de synthèse, dont la découverte ne remonte guère qu'à trois ans, n'a jamais été employé, à notre connaissance, en psychiatrie. Si nous y avons fait appel ici, nous verrons tout à l'heure que ce n'est pas à titre spécifiquement thyroïdien.

OBSERVATION. — Andrée B..., âgée de 35 ans, entre pour la première fois dans le service, le 17 novembre 1945. Caissière depuis 18 ans dans un grand magasin d'alimentation, elle avait dû arrêter son travail au début de novembre, se sentant assez lasse et présentant surtout des troubles de l'attention qui la gênaient dans sa profession. On notait surtout un changement de l'humeur et du caractère avec susceptibilité et irritabilité à l'égard des clients. Ses propos devenaient très abondants : « Je parlais à tort et à travers, dit-elle. C'était un besoin chez moi. »

Le 11 novembre, elle écoute à la radio la transmission des cérémonies officielles. Elle s'exalte, pleure, et, l'après-midi, se rend à l'Etoile, où, ressentant un malaise, elle croit voir un spectre avec une cagoule et s'écrie en tombant à genoux : « Arrêtez cet homme ! Il veut du mal à mon pays ! » On la ramasse alors et on la conduit chez sa mère qui, quelques jours après, l'amène à la clinique.

A son entrée, la malade critique bien l'événement, mais présente une excitation psychique à teinte hypomaniaque avec insomnie.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève aucun état psychopathique analogue. Elle n'a pas connu son père, mais sa mère, assez nerveuse, présenterait des alternatives de dépression et d'excitation.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu des menstruations régulières mais assez peu abondantes.

A l'examen physique, nous notons un léger tremblement des extrémités, ainsi qu'un certain éclat du regard, mais pas de goitre. Le pouls est à 80, la tension artérielle à 12-6. Les réflexes tendineux sont vifs, tandis que les photomoteurs sont normaux.

Le Bordet-Wassermann est négatif ainsi que les réactions de Meinicke et de Kahn. Le taux d'urée dans le sang est de 0 gr. 27, la glycémie de 0 gr. 92 et la cholestérinémie de 1 gr. 60.

Dès son entrée, notre malade reçoit des injections intra-veineuses de

(1) Le produit est le 2921 R.P. connu sous le nom d'abadol. Nous remercions le laboratoire Spécia de nous avoir facilité notre expérimentation.

gluconate de calcium (six, à raison d'une tous les deux jours), mais l'insomnie persistant et l'agitation ne cessant de croître, nous décidons, le 4 décembre, de commencer le traitement par l'aminothiazol. Nous lui donnons 4 comprimés à 0,10, soit 0 gr. 40, le premier jour, puis 0 gr. 50 le second jour et 0 gr. 60 le troisième. Dès le second jour, la malade accuse une certaine lassitude et se dit triste... : « Je n'ai pourtant rien appris de désagréable, déclare-t-elle, et je me suis réveillée ce matin avec le cafard... » Cet état est passager. Nous la maintenons sous l'action de l'aminothiazol à la dose de 0 gr. 60 et, au bout de quelques jours, anxiété et tristesse disparaissent, en même temps que cède l'exaltation. Elle devient calme, juge parfaitement son état, présente un pouls à 72, tandis que nous notons une légère augmentation de la frilosité. A dater du 16 décembre, nous diminuons progressivement les doses, et, le 20, la malade, qui veut passer les fêtes chez elle, sort, tout traitement suspendu.

Elle ne tarde pas à revenir, et, cette fois, dans un état bien plus démonstratif. Huit jours après sa sortie, brusquement, le 29, c'est la rechute. Elle vient, en effet, dans le service, l'après-midi de ce jour, dans le but de voir quelques malades. Loquace et agitée, elle distribue des gâteaux et offre même son sac à une de ses anciennes compagnes, puis effectue au dehors différentes démarches caractéristiques d'un état maniaque en évolution s'accompagnant d'un sentiment d'influence et de perte de contrôle de la personnalité et d'un léger appoint confusionnel.

Dans son quartier, d'abord, elle a cru remarquer que les commerçants lui répondaient sur un ton désagréable. Elle s'est trouvée devant l'église St-Laurent, où la foule attendait une procession. Elle a manifesté rapidement son impatience, a déclaré à haute voix qu'elle partait, n'étant pas bien avec saint Laurent, puis s'est remise à marcher, se sentant envahie « par une sorte de puissance qui l'influençait ».

Les souvenirs affluent à sa conscience. On note une véritable hypermnésie avec évocation très vive de scènes de sa vie d'enfant. Elle se trouve bientôt dans une nouvelle église, elle ne peut préciser comment elle y est venue ni ce qui s'y est passé. Elle sait seulement qu'elle a dû crier, ne se rappelle pas les paroles prononcées, se souvient qu'un prêtre a dû intervenir pour la faire sortir.

A son entrée dans le service, le 30 décembre, elle se montre extrêmement agitée, blesse une infirmière et casse un carreau, incident dont elle ne garde du reste pas le souvenir. Mais son état confusionnel se dissipe rapidement, pas de température, mais refuse de s'alimenter. Pendant trois jours, son agitation ne cesse d'augmenter. Elle chante, tient des propos décousus, familiers et érotiques, crie, griffe le personnel, mord et crache : excitation extrême méritant cette fois le diagnostic de manie aiguë.

Son placement était déjà décidé lorsque, le 3 janvier, l'un de nous revenant de congé, lui fit 5 ampoules d'aminothiazol injectable et 0 gr. 10 par voie sous-cutanée. Dès le lendemain, la malade se montra

plus calme et la dose ayant été renouvelée, le surlendemain, elle put être détachée et s'alimenta bientôt normalement. Des doses quotidiennes de 0 gr. 30 entraînèrent une diminution progressive de l'excitation, la malade se sentant « dégagée », suivant son expression, et, le 9 (le sixième jour du traitement), elle put nous raconter son histoire, avec une bonne critique.

Le 15, désirant lui faire faire un métabolisme basal, nous cessâmes tout traitement, et, dès le 18, notre malade recommença à faire le tour des chambres, entreprenant les malades, bavardant et riant. « Redonnez-moi mes comprimés, dit-elle à l'un de nous..., sans quoi je vais retomber !... Ça va très bien, mais trop bien..., je le sens ! »

Nous crûmes alors devoir reprendre le traitement à la dose de 0 gr. 50 par jour et, dès le lendemain, Mlle B... déclara qu'elle avait passé une bonne nuit et resta sur son lit à faire du tricot.

Nous avons, encore une fois, suspendu le traitement pendant quelques jours, et avons constaté les mêmes petits troubles que précédemment.

Actuellement, nous la laissons à une dose de 0 gr. 40 par jour, *per os*, dose qui paraît maintenir notre malade dans un état absolument normal.

Le fait que nous ayons songé à traiter notre malade par l'aminothiazol n'implique pas ici que nous ayons trouvé chez elle des signes manifestes d'hyperthyroïdie.

Elle présentait évidemment une certaine agitation en rapport avec sa manie et un éclat du regard que le traitement n'a du reste nullement modifié, mais elle avait un pouls à 80, un tremblement des doigts extrêmement discret, ne présentait ni goitre, ni exophtalmie, avait une cholestérinémie normale (à 1 gr. 60) et une glycémie à 0 gr. 92. Pour des raisons purement matérielles, nous avons dû renoncer à lui faire faire, au début, un métabolisme basal, mais nous ne regrettons pas, car l'épreuve aurait été certainement faussée du fait de l'agitation de notre malade. Par la suite, le résultat du métabolisme a donné 23 %, après une suspension de traitement de six jours.

Notre intention n'était du reste pas tant d'agir sur la glande thyroïde que sur l'hypophyse antérieure, divers auteurs et notamment MM. X. et P. Abély ayant insisté, à plusieurs reprises, sur les rapports existant entre manie et hypophyse.

Nous nous réservons d'ailleurs d'exposer plus complètement notre hypothèse et ses arguments, lorsque nous vous apporterons un nombre suffisant d'observations. Toutefois, nous avons pensé qu'il était intéressant de vous apporter ce premier résultat. D'autre part, étant donné la parenté chimique de l'aminothiazol et

des sulfamides, ce cas est peut-être à rapprocher de ceux publiés récemment par Leroy à la Société de médecine mentale de Belgique, dans lesquels cet auteur signale l'influence favorable des sulfamides dans le traitement des états maniaques.

Pseudo-sténose œsophagienne. Intérêt diagnostic et thérapeutique de l'examen sous narcose, par M. J. Delay et Mme Leulier.

L'observation que nous vous présentons aujourd'hui n'est qu'un nouveau fait clinique à ajouter aux cas déjà rapportés par l'un de nous avec MM. Desclaux, Pasche et Soulairac (1) et avec Mlle J. Moreau et M. Suttel (2). La différence, toutefois, tient à ce que nous n'avons pas pu, pour des raisons matérielles, employer le même produit. La narcose a été pratiquée ici avec de l'évipan sodique.

Observation. — Il s'agit d'une malade, Denise, âgée de 17 ans, qui nous a été envoyée d'un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé, où on lui faisait, depuis plusieurs mois, des dilatations répétées pour une sténose œsophagienne. Depuis 14 mois, la malade ne pouvait avaler, et elle fut conduite, il y a un an, à Paris, pour que soient pratiqués une série d'examens. Des radios montrèrent une image en entonnoir, qui parut caractéristique d'un rétrécissement cicatriciel d'origine indéterminée. Malgré des dilatations répétées, on n'obtenait aucun résultat, sauf une ulcération infectée de l'œsophage et l'on fut conduit à poser l'indication gastrostomie. Elle fut pratiquée un mois avant l'arrivée de la malade dans notre service, où l'on demandait qu'un examen nerveux soit fait. Malgré le caractère ancien des troubles et en dépit de la notion donnée par la famille d'un amaigrissement de 6 à 8 kilos, nous avons noté un assez bon état général. La malade paraît timide, inhibée, elle marmotte quelques mots à voix basse, répond peu aux questions..

Nous apprenons par sa mère que son père est mort à 38 ans d'une maladie d'Addison, qu'elle a deux frères, dont l'un a été déporté et n'est pas revenu. Une sœur âgée de 12 ans en bonne santé. Elle a toujours été nerveuse. A 3 mois, elle a eu des convulsions. A 6 ans, une chorée, avec un nouvel épisode de 3 semaines à 9 ans.

(1) MM. Jean Delay, Desclaux, Pasche et Soulairac. — Intérêt du 245 R.P. (penthotal) dans l'exploration du psychisme. *Ann. méd.-psych.*, Soc. méd.-psych., 9 juillet 1945.

(2) M. Jean Delay, Mlle Moreau et M. Suttel. — Anesthésique 245 R.P. et crises hystériques. *Ann. méd.-psych.*, Soc. méd.-psych., 9 juillet 1945.

Elle fut élevée par sa grand'mère jusqu'à 9 ans. A suivi régulièrement ses classes. A eu son certificat d'études primaires à 12 ans, puis a été en pension jusqu'à 15 ans.

Depuis la guerre, elle vivait en Bretagne avec ses frères et sœurs chez une tante. Elle n'est de retour à Paris que depuis un an pour se faire soigner. Depuis quelques mois, sa mère nous dit qu'elle est plus nerveuse, plus irritable, qu'elle fait parfois des fugues, et qu'elle se refuse à toute activité domestique à la maison.

L'examen physique de la malade est négatif, ainsi que les divers examens biologiques ; à noter une glycémie à 0,76.

Résultats de l'examen sous narcose à l'évipan. — Dès le début de l'injection, la malade pleure et extériorise une série de griefs contre sa mère, qui rendent parfaitement compréhensibles les fugues récentes.

Nous l'interrogeons alors sur le début de ses troubles et elle nous répond : « J'ai commencé à avoir des spasmes le 28 octobre. J'allais porter des affaires à mon frère qui était dans le maquis. On m'a dénoncée, mon frère et moi aussi, les allemands m'ont mise en joue. On est sans nouvelles de mon frère. »

Nous lui faisons alors préciser les conditions dans lesquelles s'est passée la scène entre elle et les allemands. Elle est alors prise d'angoisse, devient rouge, porte la main à son cou et raconte : « Nous avons entendu des bruits de lutte dans la cour, il était midi, nous étions à table, ma tante m'a dit « surtout continue à manger, si tu as peur n'en aie pas l'air ». Je ne pouvais avaler, je ne pouvais pas continuer à manger, les allemands criaient, menaçaient de brûler la ferme, ils m'ont dit que j'étais complice de mon frère et ont voulu me tuer. » La scène est revécue de façon dramatique par la malade. Puis elle nous dit que, depuis ce jour, elle y pense souvent et qu'elle vit dans la peur. Elle est restée très attachée au souvenir de son frère déporté. Et c'est depuis ce jour, dit-elle, qu'elle ne peut plus manger.

Dès maintenant, nous attirons l'attention sur un fait psychologique qui nous paraît intéressant. Dans le récit de la malade, l'arrestation de son frère, la visite des allemands à la ferme, le début des troubles paraissent des situations vécues à la même date. Nous avons su depuis que l'arrestation du frère date du 26 avril 1944, la visite des allemands à la ferme du mois de juin et le début de ses troubles du mois d'octobre. Ce dernier intervalle paraît correspondre à la période méditative habituelle des troubles névropathiques. Dans le récit sous narcose, la notion du temps chronologique n'existe pas, tous les faits sont condensés dans l'unité de l'état affectif vécu de toute cette période.

Au cours de cette séance de narcose, la situation nous a paru immédiatement très claire, nous l'avons fait admettre à la malade et l'avons engagée à manger désormais normalement, ce qu'elle

a fait. Mais au réveil, la malade a fait une crise convulsive de type nettement névropathique.

Comme les auteurs précédemment cités, nous insisterons d'abord sur l'exploration psychique rapide et profonde qu'a permis l'examen sous narcose. Nous avons eu l'extériorisation immédiate et presque spontanée d'un conflit émotif que l'interrogatoire ne permettait pas de mettre en évidence, en raison du semi-mutisme de la malade.

Dans les observations publiées par l'un de nous avec Mlle Moreau et M. Suttel, le point important avait été l'intérêt du diagnostic chez les hystériques où, sous l'influence de l'anesthésique, on pouvait assister au déclenchement des crises. Nous en apportons un nouvel exemple dans notre observation puisqu'au réveil et après son récit, la malade a fait une crise, véritable signature de l'origine pithiatique des troubles présentés.

Nous avons eu la chance ici d'obtenir en même temps, après cette unique séance, la guérison complète de notre malade. Cette cure psychothérapique immédiate, nous la devons aux conditions réalisées par la narcose qui a favorisé le transfert et permis une facile suggestion, puisque dès le jour même la malade a mangé normalement. Ceci se passait le 17 janvier et, depuis, nous n'avons jamais eu à réintervenir.

Ces guérisons spectaculaires sont, nous le savons, banales chez les hystériques, mais ici le cas mérite, croyons-nous, d'être rapporté, car les troubles présentés, les examens radiologiques eux-mêmes ont pendant plus d'un an et dans des services très compétents fait errer le diagnostic. La malade a dû subir de multiples séances de dilatation et, enfin, on a été conduit jusqu'à l'acte chirurgical de la gastrostomie. Cette observation, en conclusion, pose donc un autre problème intéressant de médecine psychosomatique.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général :
J. DUBLINEAU.

Séance du Lundi 26 Février 1946

Présidence : M. MINKOWSKI, vice-président

A l'ouverture de la séance, M. MINKOWSKI présente les excuses du Dr DEMAY, qu'un deuil récent empêche de venir assurer la présidence de la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 14 janvier 1946 et le procès-verbal de la séance du 28 janvier 1946 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du Dr MASQUIN, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

des lettres de candidature des Drs MICHAUX et CHANÈS, aux places déclarées vacantes de *membre titulaire* de la Société médico-psychologique : une commission, composée de MM. Henri BARUK, CARRETTE, COLLET, HEUYER et BEAUDOUIN, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ;

une lettre du Dr DAUMÉZON, secrétaire général du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, attirant l'attention de la Société médico-psychologique sur certaines dispositions du plan de sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1er avril, et sur la nécessité de l'application aux malades mentaux des dispositions dites « de la longue maladie » : après un bref échange de vues, le secrétaire général est chargé d'adresser une lettre en ce sens aux autorités compétentes.

Présentation d'un ouvrage imprimé

M. DUBLINEAU, *secrétaire général.* — Notre collègue, le Dr Henri BARUK, a adressé à la Société un exemplaire de son récent ouvrage : *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale.* Dans ce volume, on trouvera l'exposé des conceptions chères à l'auteur, savoir, nécessité d'une psychothérapie comportant non seulement l'action directe sur le malade, mais aussi une organisation d'ensemble du service psychiatrique. La psychopathologie doit, d'autre part, partir de la

biologie, servir de base pour une exhaustion morale de l'individu et se constituer elle-même en une psychologie et une psychiatrie morales, formes futures du progrès humain.

Élection de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Baruk, au nom d'une Commission composée de MM. P. Abély, Fribourg-Blanc, Menuau, Roger et Henri Baruk, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants 22
Majorité absolue 12

Ont obtenu :

Mlle Leuret .... 22 voix
M. Ollivier .... 22 voix
M. Vallade .... 22 voix

Mlle le Dr Simonne Leuret, médecin du Patronage Henri-Rollet, licenciée ès lettres, MM. les Drs Maurice Ollivier, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Marseille, licencié ès sciences, et Louis Vallade, médecin des hôpitaux psychiatriques, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Publication des Compte-Rendus

En raison des difficultés actuelles, la Société décide de n'insérer désormais, en principe, dans le compte rendu des discussions, que les textes effectivement rédigés et remis en séance par les auteurs.

COMMUNICATIONS

Traitement de 63 cas de psychoses diverses par la tuberculine, par M. Maurice Hyvert.

Nous avons indiqué dans des publications antérieures pour quelles raisons un grand nombre de psychoses primitives diverses pouvaient être rattachées aux tuberculoses atypiques d'André Jacquelin. Les sels d'or ont depuis longtemps fait leurs preuves dans de tels états, mais la tuberculine n'a été que très rarement employée et seulement d'une manière épisodique.

La tuberculinothérapie souffre en France d'un discrédit sans doute peu justifié. S'il est exact qu'elle doit être employée avec

une très grande prudence dans la tuberculose pulmonaire évolutive et qu'elle comporte des risques, on peut par contre admettre avec Jacquelin qu'elle est infiniment moins dangereuse dans les tuberculoses atypiques et qu'il faut s'attendre à observer, comme avec les sels d'or, des résultats satisfaisants.

C'est ce qu'indiquent nettement les résultats obtenus par la tuberculinothérapie de 63 cas de psychoses primitives diverses. Cependant, avant de donner ces résultats, il importe de situer la place de la tuberculine dans l'arsenal thérapeutique employé chez ces malades. En effet, elle n'a jamais été utilisée seule, mais accompagnée de la thérapeutique convulsivante, de la psychothérapie, de la rééducation pragmatique, de la réadaptation sociale. On peut la considérer comme ayant joué un rôle de thérapeutique étiologique ou pathogénique, tandis que les autres éléments, y compris la thérapeutique convulsivante, n'ont joué qu'un rôle fonctionnel. Celle-ci, par exemple, qui n'avait donné aucune amélioration avant la tuberculine, s'est montrée après le traitement beaucoup plus active.

I. *Les doses.* — Dans une première période de deux ans, de septembre 1941 à décembre 1943, des doses très fortes ont été généralement employées : début au demi-dixième de milligramme, une injection hebdomadaire, augmentation rapide des doses pour atteindre 50 centigrammes (0 gr. 50) en une soixantaine de piqûres, c'est-à-dire en un peu plus d'un an. La moitié des malades (21 sur 42) n'ont pas eu plus du centigramme, 9 ont reçu le décigramme, 11 les 50 centigrammes et, chez deux malades, on a pu atteindre 1 gr. 50. Le traitement a été d'autant plus poussé qu'il semblait mieux toléré.

Par la suite, certains malades réagissent mieux aux petites doses ; pendant près d'un an, ont été pratiquées des doses allant du millième de milligramme au dixième de milligramme en injections bi-hebdomadaires.

Ces doses ont été assez mal supportées et, pour cette raison, on est revenu aux doses croissantes, mais en commençant par le cent millième de milligramme et en augmentant la dose lorsque toute réaction a complètement disparu. Le traitement est ainsi parfaitement supporté, mais sa durée est notablement augmentée.

Quelques malades ont reçu les trois combinaisons thérapeutiques et, fait paradoxal, ont parfois réagi plus fortement aux plus petites doses qu'aux plus fortes. On a pu atteindre ainsi le chiffre de 150 injections de tuberculine.

Pendant toute la durée du traitement, on surveille de très près la température et le poids. En présence de toute élévation ther-

mique, il est prudent de ne pas augmenter la dose et même parfois de l'abaisser.

II. *Accidents.* — Sur 63 malades femmes, 9 seulement ont présenté des complications pulmonaires et, parmi celles-ci, 4 sont mortes, accidents qui ont été plus nombreux pendant la même période chez les malades non traités par la tuberculine.

L'étude de ces quatre décès est instructive :

La première malade, une démente précoce, a reçu un traitement progressif, jusqu'à la dose de 0 gr. 50, sans la moindre réaction générale ou locale et sans aucune tendance à l'amélioration. Trois mois après la fin du traitement, elle a fait une granulie qui l'a emportée en deux mois.

La deuxième malade, une démente précoce, a été très améliorée après 40 injections qui l'ont conduite à 15 centigrammes. Comme elle s'alimentait mal, le traitement a été arrêté. Un an après, elle a présenté une localisation pulmonaire, dont elle est morte au bout de six mois.

La troisième malade, une périodique, a été très améliorée après 36 injections, les dernières à 5 centigrammes. Elle est sortie, puis elle est revenue au bout de quelques mois avec une localisation pulmonaire rapidement mortelle.

La quatrième malade, une psychose paranoïde avec tuberculose ganglionnaire, a reçu des doses faibles de tuberculine, du centième de milligramme au milligramme. Très améliorée, elle est sortie, mais elle est revenue au bout de six mois avec une péritonite bacillaire dont elle est morte.

Peut-on affirmer que chez ces malades le traitement tuberculinique a été pour quelque chose dans l'évolution ? Les complications se sont toujours produites en dehors du traitement et cela nous engage à écarter cette hypothèse.

Ces faits contrastent singulièrement avec l'extrême bénignité des complications pulmonaires sans issue fatale, au nombre de cinq, qui toutes ont fait leur apparition au cours du traitement pour des doses ne dépassant pas le centigramme. On a assisté à un envahissement pulmonaire en éventail à point de départ hilaire. La disparition s'est faite en quelques semaines sans laisser de traces. Chez deux malades, une démente précoce et une psychose paranoïde, on a assisté à une disparition complète des troubles mentaux.

Nous voyons donc que, pendant la période des plus fortes restrictions, dans un établissement particulièrement éprouvé au point de vue du ravitaillement, on a observé chez 63 malades,

traitées par la tuberculine, 4 décès par tuberculose pulmonaire, difficilement imputable au traitement, et 5 tuberculoses d'évolution très bénigne. On est autorisé à croire que le traitement tuberculinique, loin d'avoir fait courir un danger aux malades, les a au contraire protégées contre des complications graves, bien plus fréquentes pendant cette période chez les malades non traités, remarque qui mérite et d'être soulignée et d'être retenue.

III. *Les malades.* — Les malades, uniquement des femmes, sont âgées de 18 à 50 ans. Aucune d'entre elles, sauf une, ne présente la moindre localisation tuberculeuse. Elles comprennent 41 démences précoces (*lato sensu*), 16 psychoses paranoïdes et 5 psychoses diverses (mélancolie, manie, psychoses à double forme, catatonie, état d'excitation post-confusionnel). Il s'agit de psychoses pour la plupart anciennes, arrivées dans le service après un internement déjà assez long, et se trouvant par conséquent loin du début de l'affection, ce qui n'est pas une condition favorable de succès. Elles ont été traitées antérieurement pendant plusieurs mois ou plusieurs années, sans résultats, par les sels d'or et la thérapeutique convulsivante. Il s'agit donc d'échecs de cet ensemble thérapeutique.

Il n'a pas paru opportun de traiter par la tuberculine des malades plus fraîches, en raison du bénéfice considérable qu'elles tirent habituellement des sels d'or. Cependant six malades récentes, pour des raisons diverses, ont été mises à la tuberculinothérapie.

IV. *Les résultats.* — Etant donnée l'ancienneté des malades, il ne fallait pas s'attendre à des résultats brillants. Cependant ils ont été bien meilleurs qu'on ne l'escomptait. Ils se répartissent ainsi :

guéries : 16 dont 10 démences précoces, 9 psychoses paranoïdes, 1 mélancolie, 1 manie, 1 état d'excitation post-confusionnelle ;

améliorées : 26 dont 17 démences précoces, 9 psychoses paranoïdes et 1 catatonie ;

fixées : 2 démences précoces ;

non modifiées dans leur évolution : 19 dont 14 démences précoces et 5 psychoses paranoïdes.

Les malades guéries ont repris une activité sociale normale. Ont été considérées comme améliorées, celles qui, avec une atténuation importante des troubles mentaux sans guérison, ont été capables d'une activité cohérente.

Les malades fixés dans leur évolution, surtout chez les déments précoces, s'observent assez souvent avec la chrysothérapie. C'était

le cas de plus de la moitié des malades traitées. Il semble donc que la tuberculine ait une action plus énergique sur le processus évolutif et soit susceptible de provoquer un bouleversement focal plus important.

Toutes les malades récentes ont été guéries. Il s'agissait de 3 démences précoces, d'une psychose intermittente, d'une psychose anxieuse et d'une psychose paranoïde. Il est difficile avec un si petit nombre d'observations de tirer des conclusions fermes mais on peut y voir un encouragement à employer beaucoup plus précocement la tuberculinothérapie.

Si nous enlevons les 6 malades récentes, le nombre des guérisons tombe à 10 sur 57 malades. Malgré sa faiblesse ce chiffre nous affirme la valeur de l'action thérapeutique de la tuberculine. N'oublions pas, en effet, que les sujets avaient été auparavant longuement traités par la chrysothérapie, qui en raison de leur ancienneté, n'avait fait que fixer l'évolution. Au surplus, le nombre important des améliorations renforce l'enseignement des guérisons. D'ailleurs ces malades, soumises à une rééducation pragmatique, continuent à s'améliorer et de temps en temps l'une d'elles peut aller au dehors tenter une réadaptation sociale qui fera progresser le retour à une vie psychologique normale.

Dans tout l'ensemble thérapeutique employé on peut se demander quelle est réellement la part de la tuberculine. Par exemple, la thérapeutique convulsivante n'est-elle pas la principale responsable de l'amélioration ? Lorsqu'elles étaient soumises aux sels d'or les malades ont reçu abondamment les injections de cardiazol ou les séances d'électrochoc et cela sans aucun résultat valable. Après tuberculine, les mêmes thérapeutiques se sont montrées singulièrement plus actives. On peut donc facilement admettre que celle-ci a entraîné la modification heureuse qui a permis l'action des thérapeutiques fonctionnelles.

V. *Conclusions.* — Les injections sous-cutanées de tuberculine, pratiquées à doses progressives chez les malades atteints de psychoses liées à une tuberculose atypique, se sont montrées sans aucun danger, à condition d'observer des précautions élémentaires.

Ce traitement donne des résultats moins rapides que la chrysothérapie. Par contre, il se montre nettement plus favorable que cette dernière chez les malades un peu anciens ayant déjà évolué vers la chronicité.

Les résultats remarquables obtenus chez quelques malades récents nous engagent à l'employer d'une manière beaucoup plus précoce.

Essai de traitement circulatoire de la démence précoce ancienne par la folliculine et la caféine (Thérapeutiques physiologiques ou thérapeutiques de choc ?), par MM. H. Baruk et M. Racine.

Quoique le pronostic des états dits de « démence précoce » soit loin de comporter la notion de chronicité absolue et d'incurabilité qu'on lui attribue en général, et bien que les guérisons soient, comme nous y avons insisté avec Zaphiropoulos (1), moins exceptionnelles qu'on ne le croit, il n'en reste pas moins que les états démentiels installés depuis des années restent souvent difficilement accessibles au traitement, surtout quand on ne peut pas parvenir à dépister une étiologie nette.

Dans ces syndromes, les thérapeutiques de choc, si à la mode en ce moment, restent de l'avis unanime de leurs plus chauds partisans, inefficaces, sauf peut-être l'insulinothérapie qui donne quelquefois des améliorations plus ou moins transitoires, mais rares. Nous ne reviendrons pas sur l'appréciation de ces diverses thérapeutiques de choc, renvoyant à ce sujet à la récente discussion à la Société médico-psychologique (séances de novembre et décembre 1945). Nous avons, tout en émettant des critiques sur les dangers de ces méthodes, émis l'hypothèse que les cas où leur action paraît favorable, spectaculaire même, sont dus à leur action sur la circulation cérébrale (2). Toutefois cette action est extrêmement brutale, et par là même passagère et dangereuse.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rechercher un autre moyen de ranimer la circulation cérébrale, souvent collabée dans les états psychopathiques. Nous avons montré par des recherches expérimentales l'existence d'une certaine réduction circulatoire et d'une véritable anémie cérébrale dans la catatonie (3).

Les aspects cliniques de pâleur, de refroidissement, de dimi-

(1) Baruk et Zaphiropoulos. — Les guérisons dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc. *Soc. méd.-psych.*, 22 mai 1939.

(2) H. Baruk, David, Racine et Vallancien. — Etude expérimentale sur le singe des modifications de la circulation cérébrale au cours du coma insulinique et de l'épilepsie cardiazolique. *Congrès de Montpellier*, sept. 1943, et voir H. Baruk, David, Racine, Vallancien et Owsianik : un mémoire à paraître *Encéphale*, 1946.

(3) H. Baruk, David, Racine et Mlle Leuret. — *Constatations directes de spasmes des vaisseaux cérébraux au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique.*

nution de l'indice oscillométrique et même de troubles électrocardiographiques sur lesquels nous avons attiré l'attention, plaident dans le même sens (1).

Restait à trouver des substances susceptibles de réaliser une vasodilatation et une accélération de la circulation cérébrale. Nous nous sommes adressés à la folliculine, car dans des recherches expérimentales antérieures, nous avions montré que la folliculine (2) exerce une action vasodilatatrice considérable sur les gros et les petits vaisseaux cérébraux. L'association de la caféine à la folliculine réalise une stimulation de la circulation. Enfin dans quelques cas, nous combinons au traitement précédent l'emploi de temps en temps d'un cachet de scopochloralose, dont nous avons également mis en évidence expérimentalement l'action vasodilatatrice légère (3).

Pratiquement, nous faisons tous les 15 jours, une injection intra-musculaire de 10.000 unités de benzogynœstryl, nous donnons chaque jour pendant ce temps un cachet de 0,25 gr. de caféine et quelquefois, à des intervalles éloignés (15 jours), nous y adjoignons pour une journée un cachet de scopochloralose, suivant la technique que nous avons indiquée ailleurs (cf. in *Psychiatrie médicale*).

Voici maintenant quelques détails sur les résultats obtenus. Nous avons traité par cette méthode 9 malades atteints de syndrome hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique ancien et très accentué. Sur ces 9 malades, deux ont été considérablement transformés, et sans être à proprement parler guéris, sont sortis du mutisme et de l'affaissement total avec gâtisme pour reprendre une activité et un comportement adapté tout en conservant quelques idées délirantes ou des bizarreries. Le 3e a été sensiblement amélioré. Le 4e a eu des améliorations passagères pendant quelque temps, pour retomber ensuite. Enfin, les 5 autres n'ont pas été sensiblement modifiés. La durée moyenne du traitement a été de 3 à 6 mois environ.

Voici quelques exemples résumés :

Observation I. — M. Cr., vétérinaire, actuellement âgé de 40 ans. Père tuberculeux pulmonaire expectorant, plus oncle tuberculeux. Enfant, a été en contact. Bronchites fréquentes. Aurait eu, à 12 ans,

(1) H. Baruk et Racine. — L'électrocardiographie dans les maladies mentales. *Soc. méd.-psych.*, 9 mars 1939.

(2) H. Baruk, Racine, David et Mlle Leuret. — Psychoses folliculiniques et circulatoires, étude expérimentale de l'action de la folliculine sur la circulation cérébrale. *Presse médicale*, 12 mars 1940.

(3) *Encéphale*, 1946, à paraître.

une petite hémoptysie (?). Début des troubles mentaux à 24 ans par un sentiment d'influence (impression d'être hypnotisé, endormi artificiellement), des vertiges, évanouissements, un état de dépression atypique avec tendance à l'autisme. Interné dans notre service en février 1932. Peu après son entrée apparaît un syndrome catatonique complet avec attitude en flexion, négativisme, catalepsie, mutisme, gâtisme, qui persiste sans changement jusqu'au traitement actuel, c'est-à-dire de 1932 à 1942, donc pendant 10 ans. Pendant ces 10 ans, nous avons entrepris, en raison des antécédents et des réactions Besredka à 5, de nombreux traitements (antigène méthylique, sels d'or, etc...). Un seul a donné un résultat temporaire : le vaccin de Vaudremer, effectué en mars 1933. A la cinquième injection, le malade, qui restait jusque-là plongé dans une stupeur catatonique intense, immobilisé dans son lit, se remet à causer, sort dans la cour, répond aux questions, et se remet même à lire des monographies scientifiques. Mais cette rémission ne dure pas plus de quelques jours et il retombe ensuite en pleine stupeur.

Nous commençons le traitement à la folliculine et à la caféine le 23 octobre 1941. Les injections de folliculine sont continuées (après une courte interruption en novembre) au rythme habituel et à la dose de 10.000 u., sauf la dernière, le 20 avril 1942, qui est de 30.000 u. A la suite de cette dernière injection, l'état du malade, qui depuis quelque temps, s'éveillait, se transforme complètement : disparition totale de la catatonie, reprise de l'activité, de la conversation, de l'intérêt affectif. Depuis lors, c'est-à-dire depuis maintenant près de 4 ans, cette amélioration se maintient et le malade a pu, plusieurs fois, aller passer des permissions chez lui. Toutefois, il est facilement irritable, présente des hallucinations visuelles hypnagogiques, et n'est pas encore susceptible de reprendre son travail ou la vie sociale normale. Ajoutons qu'au moment de la reprise mentale, on a vu survenir une poussée évolutive pulmonaire heureusement de peu de durée.

Observation II. — L. D., âgé actuellement de 27 ans. Entré à l'âge de 24 ans dans notre service, venant du Val-de-Grâce. Prisonnier rapatrié qui a présenté en Allemagne un épisode anxieux qui le fait évacuer au Val-de-Grâce. Traité par l'électro-choc. Après une courte amélioration, les troubles s'accentuent et évoluent vers un syndrome schizophrénique avec mutisme, opposition, catalepsie accentuée, aspect absent, apathie, refus d'alimentation. Ce syndrome s'aggrave progressivement après son entrée dans notre service : on note du gâtisme, un visage complètement absent, une incurie totale, perte des urines et des matières et même quelques troubles trophiques. C'est alors qu'on entreprend le traitement par la folliculine, commencé le 28 juillet 1943. De juillet à décembre, le malade subit 10 injections intra-musculaires de 10.000 u. et prend 0,25 cgr. de caféine. En plus on lui donne, le 31 juillet 1943, un cachet de scopochloralose (0 gr. 50 cgr. de choralose + 1/2 mmgr. de scopolamine). Au cours de l'action du cachet, mouvements incessants et désordonnés, puis sommeil assez profond.

Dès le mois d'août, on note une amélioration considérable : le malade se lève, se promène, cause normalement, l'affectivité se réveille. Cette amélioration s'accentue les jours suivants. On le change de quartier, et il paraît même complètement guéri. Mais, par suite de difficultés familiales, qui ont l'air d'ailleurs de l'affecter beaucoup, on ne peut pas procéder encore à la sortie définitive. On se borne alors à lui donner une permission d'une quinzaine de jours, chez une tante. A son retour, le malade est moins bien, plus absorbé, moins expansif. Souvent il reste pensif, le regard plongé dans le lointain. Toutefois, il n'est plus retombé dans l'état où il était avant le traitement.

Des deux autres malades améliorés, l'un est atteint de stupeur catatonique dont il est sorti plusieurs fois à la suite du traitement, mais s'il se promène, cause, répond, il reste encore obnubilé, un peu discordant et en outre ces améliorations n'ont pas été jusqu'ici durables. L'autre présentait le tableau de l'hébéphrénie simple, avec indifférence affective, incurie, apathie. A la suite de six injections de 10.000 unités de folliculine avec la caféine, il a repris de l'activité, cause mieux, s'adapte mieux, tout en restant incapable de reprendre une vie normale.

Rappelons que les cas choisis représentaient des cas très graves, et d'apparence fixée. Sans doute, à notre avis, la thérapeutique idéale est la *thérapeutique étiologique,* comme nous y avons longuement insisté. Mais lorsque l'étiologie n'a pu être décelée ou est inaccessible, la *réactivation circulatoire* des sujets comme certains déments précoces à circulation collabée peut amener un réveil psychique. Car il existe, comme nous y avons insisté à maintes reprises, un parallélisme psycho-circulatoire impressionnant. C'est par ce mécanisme circulatoire que les méthodes de choc ont donné quelques résultats parfois spectaculaires. Mais elles comportent des dangers.

L'un de nous a insisté spécialement sur les dangers éloignés de l'électrochoc et justement sur les lésions de la circulation cérébrale qu'il est susceptible de donner (Soc. de neurologie, oct. 45 et Société médico-psychologique, nov. 1945). Divers auteurs américains (1) de leur côté (Alexander Lowenbach, Durham, Jetter, Heilbrun, Weil, Ebagh, Barnacle, Neuberger, etc...) ont rapporté des faits cliniques et expérimentaux dans ce sens, et ont montré que des troubles circulatoires graves peuvent être déterminés par les électro-chocs (hémorragies, spasmes des artères cérébrales, et même infection du myocarde et occlusion des coronaires, etc., etc...). Il y a donc intérêt à substituer à ces méthodes aveugles et dangereuses des méthodes physiologiques agissant sur la circulation cérébrale.

(1) *Arch. neurol. et psych. Chicago J.*, 1942, avril 1943, janv. 1943, 1944.

Novocaïne intra-veineuse dans des états de déséquilibre émotionnel et dans des états hallucinatoires, par MM. P. Chatagnon et J. Torris.

Partant de la constatation classique de l'action anesthésique locale de la novocaïne, il paraît logique de supposer que cette drogue peut avoir une action précise sur les terminaisons sensibles, différenciées ou non, des vaisseaux de l'économie, ainsi que sur les voies afférentes de la sensibilité, justifiant l'utilisation de la novocaïne par voie intra-veineuse (Dos Ghali. sept. 1941) et par suite qu'elle peut offrir à la thérapeutique des horizons nouveaux.

Bien qu'il semble établi à l'heure présente que le faible degré de toxicité de la solution à 1 p. 100 de novocaïne (sans adrénaline) utilisée par voie intra-veineuse, soit lié à une désintégration rapide dans le sang du chlorhydrate du p-aminobenzol-diéthyl-amino-éthanol (sel ordinairement employé en thérapeutique) et, par suite, à son inactivation rapide dans l'organisme vivant, il ne nous a pas paru dénué d'intérêt d'observer l'action de la novocaïne sur l'évolution de manifestations hystériformes et hallucinatoires chroniques.

Malgré la dégradation rapide de la novocaïne dans le courant circulatoire on peut cependant constater une action efficace certaine sur les récepteurs nerveux périphériques. Peut-on supposer qu'elle permette aussi une semblable action sur les ganglions de relais ou de transformation, à tous les étages de l'axe nerveux, ainsi que sur les analyseurs corticaux ? Nous ne le pensons pas et c'est dans l'espoir d'obtenir une réponse à cette hypothèse physiologique que nous avons pratiqué, depuis novembre 1944, un certain nombre d'injections intra-veineuses de novocaïne par séries quotidiennes de 10 cm³ durant, en moyenne, dix à vingt jours consécutifs, à quelques déséquilibrées de l'affectivité et à quelques femmes atteintes de psychoses hallucinatoires d'évolution chronique. Nous dirons aussi quelques mots de l'action de ce composé sur les manifestations anxieuses.

I. Action sur les manifestations de type pithiatique :

a) Mlle Geneviève, 19 ans. Troubles du caractère et de l'humeur sur fond de débilité psychique. Décharges motrices violentes : colères incoercibles, piétinements, actions clastiques, contractures musculaires de lutte acharnée avec mimique de rage. Cris, agitation désordonnée. Instabilité. Sentiment confus d'incomplétude. Complexe d'infériorité, d'où réactions suicides. Difficulté de tout effort d'atten-

tion. Incapacité d'acquisition des notions scolaires élémentaires. Suggestibilité.

Les orages moteurs sont atténués par les opiacés et les somnifères associés ou non à la balnéothérapie, mais ils le sont tout aussi bien par la novocaïne intra-veineuse utilisée à l'exclusion de toute autre médication.

b) Mlle Germaine, 28 ans. Déséquilibre émotionnel avec réactions hystéroïdes, dépressives et de suicide. Besoin d'attirer l'attention sur soi avec l'antithèse : complexe d'infériorité. Fond de dégénérescence.

Les crises sont remarquablement sensibles à l'action de la novocaïne.

c) Mlle Andrée, 20 ans. Placée à la Fondation Vallée de 8 à 16 ans, puis à Maison-Blanche. Arriération mentale profonde. Incapacité scolaire. Crises anxieuses avec manifestations névropathiques plus rapidement atténuées puis guéries par la novocaïne intra-veineuse que par le sédol et les somnifères.

d) Mlle Marie, 25 ans. Déséquilibre émotionnel avec réactions dépressives et hypocondriaques et manifestations névropathiques chez une débile physique et psychique. Hérédité tuberculeuse.

Les crises névropathiques sont très atténuées et s'éteignent aussi rapidement par la novocaïne que par l'opium ou les somnifères.

e) Mlle Marguerite, 33 ans. Etat délirant de texture paranoïaque avec phénomènes d'automatisme mental actif, évoluant sur fond de déséquilibre émotionnel avec manifestations d'un érotisme refoulé mais prévalent.

Exemple remarquable de l'action dissociée de la novocaïne : 1° la novocaïne atténue considérablement l'angoisse, les pulsions érotiques, etc..., 2° mais reste pour ainsi dire sans action sur les phénomènes hallucinatoires qui restent très accusés.

II. Cet exemple constitue le trait d'union avec la série des psychoses hallucinatoires chroniques chez lesquelles nous avons expérimenté l'action de la novocaïne.

Dans une demi-douzaine de cas, l'action a été pour ainsi dire nulle. Dans les exemples les plus favorables, on nota une légère atténuation de l'intensité des hallucinations, mais en aucune façon leur disparition.

III. Chez cinq malades présentant un syndrome actif de mélancolie anxieuse, nous avons vu constamment l'anxiété ravivée ou intensifiée par la novocaïne intra-veineuse.

Ces quelques faits nous prouvent que nos prévisions sur l'action de la novocaïne intra-veineuse dans les états mentaux envisagés, se sont trouvées vérifiées par les résultats de l'expérience pratiquée sur une quinzaine de nos malades femmes, et peuvent se résumer ainsi ;

A) Tolérance parfaite de la novocaïne intra-veineuse. La tolérance est d'autant plus parfaite que le sujet est plus jeune et sans méiopragie des émonctoires et des viscères. Toutefois chez les vieillards, on note assez souvent : une sensation de congestion encéphalique et de la face que traduisent assez rapidement et souvent avant la fin de l'injection : la rougeur conjonctivale et de la face, l'éclat brillant du regard, l'érythème qui s'étend parfois à la région cervicale et aux membres supérieurs, une légère accélération du pouls et de la respiration, de courte durée, une augmentation de la tension artérielle maximale qui fait rapidement place à une petite hypotension, une diurèse plus abondante, une sensation d'ébriété ou de vertige.

Toutes ces réactions minimes sont fugaces et sans lendemain.

Ultérieurement nous n'avons jamais remarqué d'action nocive sur les surfaces filtrantes et sécrétantes du rein. Il n'y a pas de modification appréciable des métabolismes azotés et des sucres.

B) Action sur les états hallucinatoires. Dans l'ensemble on peut dire que l'action a été moins favorable que chez les pithiatiques. Chez quelques sujets particulièrement émotifs la novocaïne a paru diminuer légèrement, pendant quelques heures, l'intensité des manifestations hallucinatoires. Il semble bien que l'inactivité rapide de la novocaïne intra-veineuse aux doses habituellement utilisées, si elle permet une action locale, est incapable d'agir à trop grande distance du point où elle est introduite dans l'organisme, étant désintégrée avant d'avoir atteint les noyaux transformateurs ou élaborateurs de la corde spinale, du tronc cérébral et basilaires, ainsi que les zones des analyseurs corticaux.

C) Chez quelques mélancoliques anxieuses nous avons pu réactiver ou déclencher une bouffée anxieuse. La novocaïne intra-veineuse n'est donc pas à recommander dans ces cas.

D) Les manifestations des déséquilibres émotionnels et en particulier celles du pithiatisme sont remarquablement sensibles à la médication novocaïnée par voie intra-veineuse. Les résultats cliniques sont aussi heureux qu'avec l'emploi des hypnotiques. La novocaïne peut-être considérée comme un adjuvant de la psychothérapie, mais il est nécessaire de poursuivre les injections quotidiennement en raison de l'action éphémère de la drogue. Il n'y a pas d'accoutumance.

Conclusion. — La novocaïne intra-veineuse, bien que rentrant dans le groupe des médications adjuvantes, peut rendre des services dans la pratique psychiatrique.

A propos d'un faux délire présénile,
par M. Maurice LETAILLEUR.

OBSERVATION. — Vers le milieu du mois d'août 1944, C. L. était transféré à l'hôpital psychiatrique de Clermont. Interrogé sur les causes de son internement, il expliquait qu'ayant eu plusieurs discussions avec sa femme, il s'était emporté et l'avait frappée. L'intervention du commissaire de police avait entraîné son hospitalisation, probablement à cause de son excitation psychomotrice et verbale. Il recommença, une fois de plus, l'exposé de ses griefs contre sa femme. Il lui reprochait de le délaisser depuis le mariage de son fils et de reporter toute son affection sur son petit-fils. Il l'accusait de ne plus s'occuper de son ménage, de ne pas faire de cuisine, de négliger de réparer son linge et ses vêtements, de le « faire aller à son travail habillé comme un vrai arlequin ». Il protestait parce qu'elle ne lui laissait que quelques sous pour couvrir ses menus frais, tandis qu'elle dilapidait le montant de sa paye et ne conservait même pas de quoi payer ses impôts. Enfin, il prétendait qu'elle portait tout ce qui leur appartenait à son fils et les dépouillait de ce qu'ils possédaient au profit de celui-ci et au détriment de leurs filles. Il insistait sur le mauvais caractère de sa compagne, son entêtement, son incurie, sa malveillance et sa malignité. Il reconnaissait qu'il n'avait pas ménagé ses observations, qu'elle avait répliqué et que, la discussion s'étant envenimée, il s'était mis en colère et avait exercé des voies de fait.

S'il admettait, qu'au fond, il avait outrepassé ses droits de chef de famille en frappant sa conjointe, il soutenait que tout autre à sa place n'aurait pu agir autrement avec une telle névrosée, une déséquilibrée méchante et incapable. Il refusait de se reconnaître le moindre tort, s'animait, essayait de démontrer que sa séquestration était absolument injustifiée et refusait de se laisser considérer comme un aliéné parce qu'il s'était mis en colère et montré violent.

Il en avait assez dit pour que l'opinion des confrères qui l'avaient antérieurement examiné paraisse tout à fait adéquate et que l'étiquette de délire présénile à thème de préjudice et de persécution semble parfaitement s'appliquer à son cas. L'un ou l'autre insistait sur son avarice, son hostilité à l'égard de sa femme et de son fils, son autoritarisme et sa méfiance, car il voulait tenir lui-même la caisse du ménage. Certains mettaient l'accent sur sa psycho-rigidité, car il ne démordait pas de son bon droit et il était impossible de le faire revenir sur sa décision de ne reprendre à aucun prix la vie conjugale. Bref, suivant les observateurs et probablement le moment de l'observation, la teinte paranoïaque était plus ou moins mise en relief.

Par ailleurs, la mémoire de cet homme de 66 ans était un peu diminuée, mais son jugement et son raisonnement s'exerçaient très correctement lorsque l'on sortait du domaine des préoccupations qualifiées

jusqu'ici de délirantes. Tout au plus pouvait-on relever un rétrécissement du champ de l'idéation et un léger tassement intellectuel bien légitime chez un sujet de son âge. Ses antécédents personnels étaient banaux, mais, en ce qui concerne ses collatéraux, on notait le suicide de son frère et l'internement d'une de ses cousines. L'examen somatique montrait simplement un assourdissement du second bruit cardiaque, des signes d'artério-sclérose sans hypertension marquée (15/8 au Vaquez) et des réflexes ostéo-tendineux un peu faibles.

Ses antécédents sociaux étaient simples, d'après ses dires : ouvrier menuisier, il avait fait son tour de France avant de venir se fixer à C., où il habite depuis 1919. Il prétendait rester très longtemps dans les mêmes places et n'avoir jamais eu de difficultés ni avec ses chefs, ni avec ses patrons, ni avec ses camarades, ni avec sa famille, si bien que l'on pouvait penser qu'il s'agissait de troubles délirants dus à l'involution sénile. Les délires de persécution et surtout de préjudice sont tellement classiques chez les vieillards qu'il était inutile de discuter plus longuement l'éventualité de ce diagnostic. C'est pourquoi nous avons conclu au maintien de ce sujet, bien que son exaltation passionnelle fût tombée. En agissant ainsi, nous ne faisions qu'imiter les collègues dans le service desquels il avait fait de trop brefs séjours pour qu'ils puissent être renseignés autrement que par le certificat initial et les données de leur examen.

Dès que les circonstances nous permirent de prendre contact avec la famille de C. L., une de ses filles nous apprit que ce brave homme avait, certes, été violent sous l'emprise de la colère, mais qu'il n'avait pas tous les torts. Et, bientôt, une enquête à laquelle a procédé le commissaire de police de C., nous faisait connaître que « toutes « les personnes interrogées le considèrent comme un homme normal « de bonne conduite, sobre et travailleur. Sa femme, par contre, n'est « pas estimée, et, d'après les voisins, elle était la cause des sévices « que lui faisait subir son mari, car elle tenait très mal son intérieur, « était dépensière, ne s'occupait pas de raccommoder le linge de son « mari, et celui-ci était obligé, à son retour de travail, de faire également sa cuisine, ce qui, par moment, soulevait des discussions dans « le ménage. » Des précisions du même ordre nous furent apportées par la fille de C. L., qui confirma l'exactitude des déclarations de son père.

L'épilogue de cette histoire fut, évidemment, la remise en liberté de ce pauvre homme, qui, depuis plus d'un an, vit tranquille chez sa fille, sans que son comportement donne lieu à la moindre remarque défavorable.

Des cas de ce genre, pour exceptionnels qu'ils soient, méritent cependant de retenir notre attention. Ce n'est évidemment pas aux membres de cette société que l'on apprendra que rien ne ressemble plus à une idée délirante qu'une idée qui ne l'est pas et

qu'en l'absence de renseignements précis, le diagnostic différentiel est parfois impossible. Cette observation, nous ne le dissimulons pas, n'a aucun intérêt scientifique, mais elle soulève, croyons-nous, un problème médico-légal sur lequel nous pouvons méditer.

En effet, si la séparation de cet homme d'avec sa femme était une mesure sage au moment des faits qui ont motivé l'intervention de la police, son maintien n'a paru légitime que parce que l'administration a négligé de communiquer le procès-verbal de l'enquête médico-sociale le concernant aux différents médecins qui ont eu à se prononcer sur le bien fondé de son placement.

Ces douloureuses années que nous venons de vivre nous ont rappelé quel bien précieux représente la liberté. De leur côté, MM. Chanès et Vié ont décrit (*A.M.P.*, novembre 1944, page 459) les conditions morales et matérielles encore précaires dans lesquelles vivent trop souvent nos malades. Chacun sait combien elles ont été aggravées dans certains établissements par des restrictions alimentaires excessives. Ce douloureux problème a ému votre Société et M. Ceillier a insisté devant vous sur la situation dramatique des internés à l'Hôpital psychiatrique de Clermont en particulier. Enfin les esprits n'ont pas tellement évolué que la notion d'un séjour dans une maison de santé ne pèse dans l'avenir social d'un homme. Si celui qui nous occupe avait réellement été doté de la constitution paranoïaque que lui ont prêtée certains d'entre nous, il aurait trouvé là de quoi satisfaire ses tendances procédurières et quérulantes. Toutes ces considérations ne peuvent que nous inciter à la prudence lorsqu'il s'agit d'approuver la séquestratation d'un individu et nous intiment le devoir d'exiger des garanties solides avant de nous y résoudre.

C'est pourquoi il nous paraît souhaitable que les préfets soient tenus de fournir aux médecins tous les documents médicaux et médico-légaux concernant des malades qu'ils ont à suivre. La Société médico-psychologique semble avoir l'autorité nécessaire pour demander qu'il en soit ainsi, et c'est pourquoi je vous invite à émettre le vœu que M. le ministre de la santé publique donne des ordres dans ce sens.

Evidemment, nous n'avons envisagé qu'un aspect de la question, l'aspect médico-légal, le plus important au regard de la loi de 1838, destinée surtout à protéger la société contre les « aliénés » dans les limites compatibles avec le respect de la liberté individuelle. Mais l'aspect médical intéresse au premier chef le psychiatre moderne, médecin avant tout. Bien souvent, ceux d'entre nous qui reçoivent des malades déjà traités par des col-

lègues ou des médecins des hôpitaux, souhaiteraient être renseignés d'une façon plus précise et plus complète sur des traitements suivis et les résultats des examens biologiques pratiqués antérieurement. La rédaction de ces dossiers médicaux qui devraient suivre chaque malade dans ses différents transferts imposerait un travail supplémentaire dont un secrétaire médical pourrait se charger sous la direction du médecin. Il est inutile d'insister sur le profit que les malades pourraient tirer de cette pratique et sur l'intérêt scientifique que présenteraient ces observations reflétant complètement l'évolution des troubles physiques et psychiques de chaque malade. Au moment où l'assistance psychiatrique se réorganise sur des bases nouvelles, plus médicales et moins administratives, il semble que ce projet serait facile à réaliser.

Trois ans de fonctionnement d'un service libre,
par M. Rondepierre.

Les médecins des hôpitaux psychiatriques ont été en butte à des critiques pour le nihilisme thérapeutique, dont certains d'entre eux faisaient preuve autrefois. Les résultats magnifiques et évidents des traitements modernes ont, en fait, vaincu le découragement (jadis bien compréhensible) des plus sceptiques et ce sera peut-être bientôt une hardiesse excessive qu'on devra redouter.

Dans le domaine des réorganisations modernes des services, le progrès est, peut-être, un peu plus lent, mais tant de facteurs extra-médicaux interviennent ici qu'on ne pourrait, sans injustice, en rendre les médecins responsables. Un certain nombre de collègues auraient pu nous apporter ici la preuve de quelques réalisations réclamées avec véhémence ; ils ont, en effet, je le sais, créé des aménagements analogues à ceux dont je voudrais vous entretenir. Puisse cette communication les inciter à nous fournir des renseignements et des critiques dont nous aimerions — moi, tout le premier — faire notre profit.

Le Service libre de la Maison de santé de Neuilly-sur-Marne (pensionnat de Ville-Evrard) a été créé, sur ma demande, il y a exactement trois ans. L'administration préfectorale — j'ai le devoir de le dire parce que c'est la vérité — m'a laissé entièrement libre de l'organiser à ma guise.

J'ai désigné deux pavillons de malades, un de 30 lits pour les

femmes, un de 15 pour les hommes, dont j'ai fait déchaîner les fenêtres et dont les portes, désormais, ne fermèrent plus à clef, car mon service libre est vraiment un service *ouvert !*

Pour le règlement, j'ai proposé celui de mon ami M. Henri Baruk à Charenton, règlement présentant le double avantage d'être simple et d'être déjà approuvé par le ministre de la santé publique (sur rapport favorable de notre regretté collègue, le Dr Raynier, inspecteur général des services administratifs).

Ce service libre a l'inconvénient de ne comporter qu'un pavillon pour chaque sexe, c'est pourquoi des malades chroniques — acceptés autant pour des raisons budgétaires que parce que leur état mental ne justifiait pas l'internement — se sont trouvés mélangés à des malades aigus. Cet inconvénient n'est que passager, et il y sera facilement remédié dès que les demandes d'admission seront plus nombreuses.

Le pavillon des hommes (15 malades) comporte une cellule d'isolement, celui des femmes (30 malades) en a trois. Les malades y font rarement un stage de plus de quelques heures pour des impulsions qui se calment vite, surtout avec l'électro-choc. Le placement s'effectue sans aucune espèce de formalité ; il est demandé seulement des pièces d'identité et le paiement d'un mois d'avance (les assurances sociales remboursent le malade après traitement). L'entrée est directe de l'extérieur, ou indirecte par passage du service fermé ; le sens inverse s'observe parfois : malades qui se révèlent dangereux (pour eux ou pour les autres) et qu'on doit interner.

Voici les chiffres des internements ou des réinternements :

Venus directement de l'extérieur : 199. — Venus du service fermé : 56. — Internés ensuite : 32. — Réinternés : 5.

Nous croyons avoir évité les reproches (1) de faire d'un service libre un service de triage ou de pré-internement.

A noter que le personnel du service libre des hommes est constitué par des *infirmières,* à l'exception du chef de pavillon. Il n'y a jamais eu d'accidents ou même d'incidents à l'égard de ce personnel féminin.

Les fugues ont été absolument exceptionnelles, mis à part un cas où le malade, probablement schizophrène en rémission, n'a jamais, depuis sept mois, pu être retrouvé. Un artério-scléreux, devenu tardivement obsédé, s'est suicidé (noyade au cours d'une

(1) Signalés entre autres par M. H. Baruk (page 719 de son livre de psychiatrie, 1938).

Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne (Service libre)
Statistique des entrées et sorties de février 1943 à ce jour
Traitements : électro-choc, insulinothérapie, etc...

Diagnostic (*à la sortie*)		Nb. de malades entrés	SORTIES Par guérison	Améliorés	Même état	Internement	Evasions	Décès	En traitement
6 Débilité mentale.	Hom.	2		2					
	Fem.	4			2	1			1
8 Déséquilibre mental.........	Hom.	5		3			1		1
	Fem.	3		1		1	1		
11 Psychasthénie...	Hom.	5		3				1	1
	Fem.	6		5	1				
16 Etats maniaques.	Hom.	7	6	1					
	Fem.	9	9						
102 Etats dépressifs.	Hom.	35	33	1		1			
	Fem.	67	62			1	2		2
18 Psychoses périodiques.	Hom.	10	10						
	Fem.	8	8						
5 Bouffées délirantes polymorphes	Hom.	2	2						
	Fem.	3	3						
3 Psychoses hallucinatoires chroniques...	Hom.	1							1
	Fem.	2		2					
2 Délire hallucin..	Hom.	1	1						
	Fem.	1	1						
41 Schizophrénie...	Hom.	15	1	6	2	3	2		1
	Fem.	26	2	12	6	3			3
7 Confusion mentale...	Hom.	1	1						
	Fem.	6	6						
1 Délire aigu......	Hom.								
	Fem.	1						1	
5 Alcoolisme	Hom.	3		3					
	Fem.	2		1		1			
2 Toxicomanie....	Hom.	2	2						
	Fem.								
3 Paralysie générale............	Hom.	2		2					
	Fem.	1		1					
12 Démence sénile.	Hom.	3				2			1
	Fem.	9			1	3		3	2
11 Epilepsie........	Hom.	10		8		1			1
	Fem.	1		1					
1 Tumeur cérébrale.	Hom.	1	1						
1 Urémie nerveuse..	Fem.	1	1						
2 Pithiatisme......	Fem.	2		2					

Total des malades traités : 257 ; guéris : 149, soit 58 0/0 ; total des malades améliorés : 54, soit 21,1 0/0.

promenade). Naturellement, il ne pouvait être question de poursuites judiciaires, le malade se rendant fréquemment seul en permission dans sa famille.

Nous n'insisterons pas sur l'utilité des services libres. Les avantages sont connus de tous : facilité maxima de placement, observation des malades venus du service fermé et paraissant guéris, réadaptation progressive à la vie sociale des sujets améliorés ou convalescents.

Evidemment, les biens des malades restent quelque temps sans être protégés, mais le sont-ils mieux au cours d'une fièvre typhoïde ?

Le fonctionnement d'un tel service ne comporte aucun inconvénient évident. Etant donné la précocité des traitements qu'il permet d'instituer, il donne au psychiatre de grandes satisfactions morales par la proportion des succès thérapeutiques obtenus.

Discussion

M. H. Baruk. — Il y a grand intérêt à souligner, comme vient de le faire M. Rondepierre, l'utilité d'un service libre à côté du service fermé. Non seulement c'est le lieu d'hospitalisation de choix des malades atteints de névroses qui n'ont leur place nulle part ailleurs, mais encore le service libre peut recevoir des malades convalescents sortant du service fermé, et, à ce sujet, servir de moyen de réadaptation à la vie normale. Dans cet ordre d'idées, les données de M. Rondepierre concordent avec celles que nous avons recueillies dans le service libre que nous avions fondé à St-Maurice. Toutefois, il faut qu'un service libre soit vraiment libre et qu'on n'y maintienne pas les malades contre leur volonté, sans quoi l'on retournerait à l'arbitraire. Pour cela, il ne faut admettre dans le service libre que des malades ne nécessitant pas de surveillance spéciale (asthéniques, psychasthéniques, pithiatiques, etc...) ; les malades plus troublés seront mieux soignés dans un service fermé où on aura moins peur des réactions et par cela même on laissera le malade plus tranquille. Surtout, dans ce service fermé, le malade a des garanties et des moyens de protestation. Il ne faut pas oublier que la loi de 1838 est un des moyens essentiels de protection de la liberté individuelle et de garantie contre les séquestrations arbitraires. J'ajoute enfin que les malades déposés provisoirement dans certains services d'hôpitaux soi-disant libres, services d'isolement, sont souvent dans de très mauvaises conditions, comme y avait insisté le Dr Raynier, dans son travail sur les dépôts provisoires d'aliénés dans les hospices, et que pour leur éviter l'internement on les soumet parfois à des mesures de contention et de coercition parfois bien plus pénibles que l'internement.

Hypolutéinie révélée par les biopsies cyto-hormonales dans une psychose du post-partum, par MM. J. Delay, A. Corteel et G. Boittelle.

Dans les divers cas de psychoses puerpérales rapportés jusqu'à ce jour, les auteurs ont invoqué des causes déterminantes infectieuses, toxiques, hypovitaminiques et parfois endocriniennes, et, dans ce dernier cas, l'accent a été mis souvent sur l'auto-intoxication générale créée par une hyperfolliculinémie, principalement dans les troubles mentaux se produisant au cours de la grossesse. Quelques observations de psychoses puerpérales ont été étudiées par des méthodes endocrinologiques. Stora (1) en rapporte quelques cas, dans lesquels les dosages de folliculine dans le sang et l'urine ont montré un taux au-dessus de la normale — on sait la valeur minime que l'on accorde généralement aujourd'hui à cette réaction.

Mais les psychoses puerpérales dans lesquelles est reconnu un facteur déterminant ovarien sont elles-mêmes écartées du cadre nosologique des psychoses ovariennes en raison de l'intrication multiple des causes qui semblent intervenir dans leur déclenchement, le nom de psychoses ovariennes étant réservé aux troubles mentaux se produisant à l'occasion de la puberté, de la menstruation ou de la castration.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre longuement une malade ayant présenté une psychose post-puerpérale d'allure confuso-anxieuse, dans laquelle une étude endocrinienne prolongée semble avoir donné des renseignements intéressants, susceptibles d'éclairer d'un jour nouveau ces cas d'étiologie particulièrement complexe.

L'étude endocrinienne d'un cas psychiatrique est assez délicate, surtout lorsqu'on est en face d'un état confusionnel. L'examen clinique ne peut donner que peu de renseignements. Les dosages d'hormone, nous le savons, donnent des résultats sujets à caution et, comme l'écrit Albeaux-Fernet (2), « la recherche de la folliculinémie n'a actuellement aucune valeur pratique ». Dans l'urine, le dosage de la folliculine et de ses produits d'élimination est sans valeur, en raison des multiples causes qui en viennent fausser l'étude. Aucune méthode ne permet actuelle-

(1) Stora. — Hormone folliculaire et psychose. *Thèse*, Paris, 1939.
(2) M. Albeaux-Fernet. — *Les hormones en thérapeutique.* A. Legrand édit., 1945.

ment un dosage biologique de la lutéine dans le sang. L'étude de l'élimination du pregnandiol dans l'urine, si elle donne quelques renseignements intéressants, n'apporte aucune notion sur le rapport $\frac{\text{folliculine}}{\text{progestérone}}$.

La biopsie de l'endomètre, au contraire, donne les résultats à l'heure actuelle les plus probants, comme l'ont montré Moricard (1) et Varangot (2). C'est cette méthode qui a été employée chez notre malade.

Observation. — Mme D. est âgée de 37 ans. Deux grossesses antérieures ont été en tous points normales, sans aucun incident notable. Une troisième grossesse, elle aussi normale, s'est terminée par la naissance d'un troisième garçon : accouchement naturel, enfant bien constitué, né le 9 mars 1944. Suites de couches normales.

Le 9 avril, juste un mois après l'accouchement, la malade devient « nerveuse », triste, anxieuse, exprime rapidement des idées de suicide... Le 13 avril, un état dépressif nettement caractérisé, avec agitation, anxiété, délire d'auto-accusation, est constitué. Le retour de couches se produit le 15 avril.

La malade entre en maison de santé ; disparition complète de tout le tableau psychopathique après deux électro-chocs. Le 10 mai, reprise de l'anxiété avec désorientation temporo-spatiale, agitation. Le 15 mai, règles, reprise de l'électro-choc, guérison. La malade sort de la maison de santé le 27 mai. Le 25 juin, sentant la crise venir, elle demande à réintégrer la clinique. Le 30 juin, apparition des règles au milieu d'un tableau de grande anxiété. Guérison de l'accès par électro-choc (3 séances). En juillet, la malade n'est pas réglée, l'état mental se maintient satisfaisant. Le 28 août, reprise d'une grande anxiété avec désorientation, tentative de suicide avec un rasoir. Le 1er septembre, règles, électro-choc, grosse amélioration. Le 29 septembre, rechute. Le 2 octobre, règles ; après la guérison, due encore à trois électro-chocs, la malade rentre chez elle. Le 6 novembre, crise de grande mélancolie anxieuse avec désorientation, prostration. Le 13 novembre, règles, l'état psychique s'accentue, grosse agitation anxieuse, hallucinations auditives et visuelles, amnésie consécutive totale.

Le 13 décembre, règles fort peu abondantes, cette fois-ci sans état anxieux, ce sont les premières règles sans troubles psychiques concomitants que la malade ait présentées depuis le début des troubles. Arrêt du flux menstruel le 15 décembre.

Pendant toute cette série d'accès, l'état général a décliné peu à peu, avec amaigrissement marqué.

Signalons qu'entre les accès la malade était apparamment normale,

(1) F. Moricard. — *Hormonologie gynécologique.* Masson, 1942.
(2) J. Varangot. — *Hormonothérapie gynécologique.* Masson, 1942.

vaquait à ses soins ménagers, tenait relativement son intérieur, ne présentait aucun trouble de l'affectivité ; de petits troubles de la mémoire étaient constatés en rapport vraisemblablement avec les 23 électro-chocs que la malade avait subis.

Le 19 décembre 1944, au cours d'une rechute particulièrement intense, la malade entre au service libre de la clinique et est internée aussitôt. Son aspect est inerte, elle doit être portée pour descendre au bureau d'examen ; étendue sur le lit, elle ne bouge pas, laisse pendre ses bras et ses jambes, son regard est vague, puis de temps à autre, elle s'agite, se retourne sur le lit, fait des gestes désordonnés. Mutisme stuporeux sans éléments de négativisme, sans mimique discordante. A plusieurs reprises, la malade dit : « C'est mon mari », au prix d'un effort qui semble pénible et épuisant.

L'examen physique révèle une déshydratation, avec langue sèche, fendillée, recouverte de fuliginosités. Le corps thyroïde est un peu volumineux, non induré. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, le cutané plantaire se fait en flexion. Les pupilles sont normales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. La malade ne se nourrit pas spontanément. Elle doit être alimentée à la sonde. Elle urine peu et gâte.

Apparition des règles le 29 décembre. Elle subit 5 électro-chocs, à raison d'un tous les deux jours. Le 7 janvier 1945, disparition complète de l'état confusionnel. Amnésie absolue de toute la période d'internement..., souvenirs flous, « comme en rêve », des jours qui l'ont précédée. Les tests d'attention sont correctement exécutés. Sa mémoire, en dehors des faits récents, est intégralement conservée. L'orientation est parfaite, l'état thymique normal, ni euphorique, ni déprimé. La malade nous précise qu'elle « sent venir l'accès » : tremblement des mains, « envie de pleurer sans être triste » et quelquefois un « goût de sang dans la bouche ». Insomnie.

Nous décidons alors d'étudier son comportement endocrinien par des biopsies cyto-hormonales prélevées à la sonde de Novak, son état d'agitation nous contraint à les pratiquer sous anesthésie générale à l'évipan.

Le 29 janvier, reprise de l'agitation anxieuse, le malade se traîne à genoux, et pleure en demandant pardon. Nous faisons une première biopsie.

Le 2 février, apparition des règles, l'état confuso-anxieux persiste et s'accroît dans le tableau physique de l'état confusionnel. On décide de ne pas pratiquer d'électro-chocs afin de voir l'évolution naturelle de l'accès. L'état anxieux persiste, l'état confusionnel s'aggrave, la langue devient sèche, fendillée, toute couverte de fuliginosités.

Le 13 février, deuxième biopsie.

Le 19 février, troisième biopsie.

Ouvrons une parenthèse pour rendre compte des résultats cytologiques de ces examens. Quatre jours avant les règles et dès le début de l'accès, la première coupe montre la présence de tubes très contour-

nés et très nombreux dans un stroma très vasculaire et œdémateux, mais une absence totale d'enclaves dans les cellules de l'épithélium. On ne trouve pas trace de glycogène.

La deuxième coupe montre, au 11e jour du cycle, un certain œdème du chorion, des tubes droits peu nombreux, quelques mitoses.

Celle du 19 février la troisième, au 18e jour, met en évidence une muqueuse dont les tubes glandulaires se sont allongés et présentent des enroulements plus nombreux et plus serrés ; les noyaux des cellules épithéliales sont centro-cellulaires mais on n'y trouve pas de glycogène.

Ces remarques anatomo-pathologiques nous conduisent à administrer à la malade de la progestérone à raison de 10 mmgr. par jour, dès le 21 février ; le 27, elle quitte la salle d'isolement, un certain état d'anxiété persiste cependant ; une quatrième biopsie montre des tubes contournés nombreux avec noyaux basaux, centro-cellulaires et apicaux, mais cette fois on peut noter la présence de grains de glycogène au sommet de certaines cellules et dans la lumière des tubes glandulaires.

Le 28 février, apparition des règles et réapparition de l'état confuso-anxieux au complet. Le 3 mars, fin des règles. Le 6 mars, biopsie montrant un stade mitotique. Quatre nouvelles injections quotidiennes de progestérone sont pratiquées au début de ce nouveau cycle, mais l'on pratique simultanément 3 élecro-chocs successifs qui amènent une sédation complète de l'accès.

Au sortir de cet état, nous trouvons une amnésie moins marquée que lors des accès antérieurs, pendant son épisode anxieux la malade étant, nous dit-elle, particulièrement obsédée par l'idée de la laine angora et par les succédanés de la teinture d'iode dont elle cherchait les noms. Un jour, elle avait l'idée fixe de casser un carreau, ce qu'elle fit d'ailleurs ; cependant, les souvenirs sont flous, sans chronologie nette. Elle pense que son état a duré environ une semaine.

Le 19e jour de son deuxième cycle, le 15 mars, une biopsie d'endomètre met en évidence un stade lutéinique normal, cependant on pratique de nouvelles injections de progestérone dans la deuxième quinzaine, en application de la théorie de Smith, pour tenter de faire éliminer une folliculine peut-être en excès.

Les règles arrivent avec un mois d'intervalle, jour pour jour, le 28 mars, et s'arrêtent le 3 avril, mais sont peu abondantes. Elles sont apparues cette fois sans être accompagnées d'état confuso-anxieux. Néanmoins, le 7e jour de ce troisième cycle, les troubles anxieux réapparaissent. On refait une injection de progestérone de 10 mmgr., mais l'accès évolue sans modification, trois électro-chocs les 12, 13 et 14e jours du cycle améliorent son état, mais le 15e jour exactement on constate l'apparition d'une métrorragie.

Est-elle due à l'électro-choc (1) ou à un excès de progestérone ? (deuxième hypothèse vraisemblable).

(1) J. Delay, A. Soulairac et Corteel. — Electro-choc et régulation neuro-endocrinienne. *Soc. endocrin.*, 23 mars 1944.

La malade, sortie de ce nouvel état anxieux, est décédée d'une affection pulmonaire aiguë. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette observation nous montre donc un état confuso-anxieux apparu à la suite d'un accouchement, cédant rapidement à l'électro-choc et récidivant à chaque menstruation. Troubles psychiques apparaissant quatre à cinq jours avant l'apparition des règles. Etat semblant continu, lorsque le traitement de choc n'intervenait pas. Les biopsies endométriales montrent l'absence de stade folliculolutéinique, mais des images sensiblement normales du stade folliculinique.

Il s'agit, en résumé, d'un cas de psychose cyclique du post-partum à évolution cataméniale, apparemment spontanément irréversible, chez lequel les anomalies anatomo-pathologiques de l'endomètre indiquent un déséquilibre du rapport $\frac{\text{folliculine}}{\text{progestine}}$, confirmé ensuite par la thérapeutique substitutive. Celle-ci a déterminé, en effet, une double amélioration, portant d'abord sur l'état confuso-anxieux par une suppression de la crise pré-menstruelle et sur l'évolution anatomique de la muqueuse de l'endomètre qui a retrouvé ses aspects normaux.

Enfin, un excès de cette thérapeutique hormonale paraît avoir, à la fois, amené une hémorragie de l'intermenstrum et une récidive des troubles anxieux.

Si nous n'avons pas relevé dans la littérature d'observation analogue, Claude (1), puis H. Baruk (2) ont rapporté, dans quelques observations, des troubles mentaux d'origine non puerpérale, mais d'allure confuso-anxieuse, qui ont été sensiblement améliorés ou parfois guéris par des extraits de corps jaune. L'accent était mis dans ces divers travaux sur une hyperfolliculinie hypothétique ou confirmée par dosage biologique. M. H. Baruk (3), en 1938, a signalé de grosses perturbations endocriniennes intéressant l'ovaire et la thyroïde à la suite du post-partum. Il s'agit de savoir si le déséquilibre hormonal est déterminant dans un tel cas ou si, au contraire, l'état psychique n'est pas, comme la dysendocrinie, la traduction d'une lésion qui les conditionne simultanément. La lutéinisation du follicule et la transformation progestinique de la muqueuse utérine étant sous la dépendance

(1) Claude. — *Congrès de Dijon*, 1908.
(2) Baruk. — De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux. *Congrès médical*, 23 octobre 1938.
(3) Baruk. — Psychoses puerpérales. *Progrès médical*, 24 septembre 1938.

de secrétions de stimulines hypophysaires, on peut se demander si la région hypothalamo-hypophysaire n'est pas le siège du trouble primitif, ce trouble étant consécutif à la gravidité et à la parturition. Il ne s'agirait donc pas d'hyperfolliculinie vraie, mais, dans le cas particulier, d'insuffisance de la sécrétion de lutéine, soit secondaire à une atteinte hypophysaire, soit retentissant sur le psychisme par l'intermédiaire de la région diencéphalo-hypophysaire. Le rôle de l'hypophyse et des centres basilaires a été bien mis en évidence par M. Guiraud qui a obtenu, dans des cas de psychose puerpérale avec dysendocrinie, une amélioration notable par l'emploi d'hormone gonatrope. MM. X. et P. Abély ont depuis longtemps incriminé l'hypophyse dans les accès d'excitation ou de dépression coïncidant avec des troubles ovariens.

En outre, la thérapeutique substitutive doit tenir compte de la dose nécessaire et suffisante et de sa date d'administration ; l'on voit ici encore apparaître la notion de ce que Chiray et ses élèves ont appelé la loi de l'alternance et que nous préférons mettre sur le compte de la susceptibilité du sujet à une dose utile, la même manifestation étant provoquée par un excès ou par un défaut de progestine. Il s'agirait donc d'une susceptibilité pathologique à des doses pourtant modérées d'hormone, qu'il s'agisse de folliculine ou de progestine. Cette notion ne nous paraît pas moins importante à signaler que la première.

Discussion

M. Henri Baruk. — La très intéressante communication de M. Jean Delay pose de nouveau le problème des psychoses hormonales. Dans les cas que j'avais étudiés, il s'agissait soit de psychoses hyperfolliculiniques, soit de psychoses hypofolliculiniques, comme dans le cas d'une malade atteinte d'une absence complète de folliculine urinaire après une radiothérapie. Cette malade présentait un syndrome dépressif et surtout cénestopathique, qui cessait brusquement après injection de folliculine. En pareil cas, c'est par l'intermédiaire de l'état vaso-moteur que l'hormone agit sur le psychisme, réalisant un éréthisme et une vaso-dilatation quand elle est en excès, et une inhibition et réduction circulatoire quand elle est en défaut. Mais, dans le cas de M. Jean Delay, le trouble porte non sur la folliculine, mais sur la lutéine.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :
Paul Carrette et Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 décembre 1945

Présidence : M. FRANÇAIS, président

Discussion de la communication de M. Henri Baruk sur les dangers des méthodes de choc en psychiatrie.

A la suite de la communication faite par M. H. Baruk à la séance du 8 novembre 1945 sur *les dangers des méthodes de choc en psychiatrie*, une *discussion* s'engage à laquelle prennent part *MM. Jean Delay, J. Lhermitte, A. Plichet, Haguenau, Aubrun, André-Thomas, Noël Péron* et *H. Baruk*, apportant les résultats de leurs statistiques personnelles. De cette discussion résulte à la fois le grand intérêt pratique de la malade, la nécessité aussi d'en fixer de façon précise et d'en respecter les indications et les contre-indications.

Origine de certains mouvements forcés complexes à type d'enroulement et de giration, par MM. M. David, H. Hecaen et H. Sauguet.

Observation d'une malade ayant des crises comitiales débutant par la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux auxquelles se surajoutaient depuis quelques mois des mouvements de giration du corps avec hallucinations visuelles. L'exploration du cortex a montré une zone inflammatoire à cheval sur la partie antérieure du sillon interpariétal dont l'excitation déclenchait l'ébauche des phénomènes spontanés.

Phénomènes d'inhibition par cicatrice nerveuse, par MM. E. Klein et G. Guiot.

Les cicatrices dans le cerveau, la moelle, les racines ou les troncs nerveux sont des lésions vivantes capables d'inhiber les régions contiguës, puis éloignées, et de provoquer des troubles de plus en plus complexes. Ces troubles essentiellement fonctionnels peuvent rétrocéder partiellement ou complètement après traitement de la cicatrice.

Traitement chirurgical des abcès du cerveau, par MM. Cl. Vincent et Le Beau.

La pénicilline a transformé le traitement des abcès du cerveau. Dans les abcès aigus, la ponction et l'injection locale peuvent amener la guérison à elles seules ou permettre d'attendre la formation de la coque sans craindre les accidents d'hypertension. En cas d'échec, grâce à la pénicilline, on peut ouvrir l'abcès et l'enlever avec la zone d'encéphalite suppurée, assurant ainsi une guérison plus complète. Dans les abcès chroniques à coque mince qu'on ne peut enlever en masse sans les crever, la pénicilline permet l'ouverture large et l'ablation par morcellement.

Ependymite oblitérante de l'aqueduc de Sylvius traitée par cathétérisme, par MM. J.-A. Barré et E. Klein.

Observation d'un enfant de 8 ans atteint d'hydrocéphalie des ventricules latéraux et du 3e ventricule. L'intervention ayant montré une oblitération de l'aqueduc de Sylvius sans tumeur, le cathétérisme de celui-ci fut pratiqué. Le liquide cessant de couler dès que la sonde était retirée, elle fut maintenue en place et depuis 3 mois est parfaitement tolérée. Les signes d'hypertension intracranienne ont disparu et l'enfant a repris son état antérieur.

Tumeur kystique intramédullaire, évolution par poussées, distension du canal rachidien, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Cas de tumeur kystique intramédullaire dont l'évolution par poussées et rémissions en aurait imposé pour une sclérose en plaques si l'on n'avait constaté la saillie de deux apophyses épineuses ne dépendant pas d'un mal de Pott, mais de l'agrandissement du canal, lui-même consécutif à la distension de la moelle par la tumeur.

Neurinome en sablier enlevé en totalité par voie rachidienne, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Absence de douleur bien que la tumeur ait eu son point de départ dans le trou de conjugaison. Il a été possible d'enlever en totalité par voie rachidienne ses deux parties intrathoracique et intrarachidienne.

Amyotrophie réflexe à distance post-traumatique, par M. Dereymacker.

L'auteur a observé chez une femme, quelques jours après un traumatisme du coude, une paralysie flasque et amyotrophique extensive du bras de ce

côté puis de l'autre. Il n'y avait ni douleurs, ni troubles de la sensibilité objective et le liquide céphalo-rachidien était normal. La mort survint après une crise dyspnéique. L'autopsie a montré dans toute la moelle, surtout dans la région cervicale, de grosses altérations des cellules radiculaires et une vasodilatation intense des veinules et des capillaires avec érythrodiapédèse. Ce cas se rapproche des troubles réflexes extensifs post-traumatiques décrits par le professeur Barré.

Névralgie méningée bilatérale subintrante datant de 5 ans, avec troubles vaso-moteurs à type de syndrome de Sluder ; guérison par intervention bilatérale en un temps, par MM. J. Sigwald et J. Guillaume.

Guérison complète par section rétrogassérienne bilatérale partielle du trijumeau avec section de l'artère méningée moyenne et de son rameau trigéminal. Il faut donc intervenir dans les algies d'origine méningée qui siègent dans les régions frontale et temporale, même si elles sont continues.

Séance du 10 janvier 1946

Présidence : M. SCHAEFFER, président

Un cas de vertige otolithique, par M. J.-A. Barré.

Observation d'un homme de 42 ans présentant des crises de vertiges extrêmement intenses avec vomissements, pendant des heures. Ces crises ne surviennent qu'après des chocs brusques, mais les mouvements de rotation effectués sans brusquerie, tels que la valse, l'examen sur le fauteuil tournant ne les déclenchent pas. Après avoir donné les résultats de l'examen labyrinthique, l'auteur conclut à l'origine vraisemblablement otolithique des crises vertigineuses.

Documents complémentaires sur 2 cas de maladie de Steinert chez le frère et la sœur, par M. R.-P. Trotot.

Amélioration rapide des signes myotoniques par la quinine et la vitamine C. Il ne s'agit que d'une médication substitutive et la rechute survient dès l'arrêt du traitement. Un complément d'enquête familiale a montré qu'un cousin germain était également atteint.

Hémorragie intracérébrale pariéto-temporale profonde ; intervention guérison, par MM. J. Guillaume et Ribadeau-Dumas.

Observation d'un sujet de 58 ans, hypertendu, opéré 24 heures après le début d'un état comateux d'installation rapide avec hémiplégie droite. La ponction du ventricule gauche ayant ramené du sang noir, le cortex fut incisé et les caillots évacués : immédiatement, le cerveau se remit à battre ; le lendemain, le malade était sorti du coma ; 2 mois plus tard, l'hémiplégie et l'aphasie ont disparu. La seule séquelle est une hémianopsie. Tous les cas d'hémorragie aiguë ne réagissent pas aussi favorablement à l'intervention, mais il y a intérêt à la tenter.

Manifestations neuro-endocriniennes des kystes sus-sellaires, par MM. Ferrier et J. Guillaume.

D'après 25 cas opérés, il semble que le kyste peut être à l'origine d'un trouble de réceptivité. La réaction particulièrement favorable de troubles circulatoires (acro- ou érythrocyanose sus-malléolaire) permet de supposer que le trouble de réceptivité serait la conséquence d'une atteinte centrale du sympathique, entraînant l'hypoplasie du récepteur, puis son indifférence aux sollicitations hormonales. Les résultats opératoires sont en général satisfaisants.

Deux cas de syndrome syringomyélique consécutif à des gelures, par MM. Girovie, A. Charbonnel et Kerneis (de Nantes).

Observations de deux sujets ayant présenté en captivité une gelure des mains et chez qui l'insensibilité des téguments a persisté après guérison. Une amyotrophie progressive s'est constituée et les malades ont actuellement un syndrome typique de syringomyélie. Les auteurs pensent que le syndrome est dû au retentissement sur la moelle de troubles vasomoteurs périphériques.

Névralgie honteuse interne et sciatalgie par fracture méconnue de l'arc postérieur de la 5e lombaire, par MM. Paillas, Gallais et Besson (de Marseille).

Le traitement des algo-hallucinoses des amputés, par MM. J. Lhermitte et P. Puech.

Observation d'un blessé amputé de cuisse traité successivement par résection du névrome, infiltration de la chaîne sympathique, myélotomie postérieure et résection du lobule pariétal supérieur. L'échec total des interventions montre que l'algo-hallucinose des amputés doit être rattachée à un mécanisme psycho-physiologique à prédominance psychique dont la base anatomique pourrait être cherchée dans le thalamus. La stimulation de ce centre essentiel de la résonance affective serait exaltée au maximum par des représentations obsédantes.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Vers une psychiatrie concrète, par J. Tusques, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, docteur ès-sciences (*Le médecin français*, 25 février 1944).

Rappelant à son tour l'insuffisance de l'enseignement de la psychiatrie au cours des études pour le doctorat en médecine, M. J. Tusques s'élève contre la notion « artificielle et stérilisante » de maladie mentale. « La seule psychiatrie qui puisse être appelée scientifique » est une « psychiatrie concrète », branche de la médecine cherchant « à prévenir et à guérir les troubles du comportement » dont la double orientation associe les recherches de pathologie générale à l'étude des comportements psychopathologiques. Ses conditions de réalisation nécessitent donc l'acquisition des méthodes biologiques et des conceptions psychologiques. Les laboratoires des centres psychiatriques doivent être équipés pour permettre ces recherches avec l'aide des collaborateurs techniques nécessaires. Les recherches psychopathologiques doivent être poursuivies avec l'aide de psychotechniciens et d'assistantes sociales qualifiées. En conclusion, M. J. Tusques revient sur la nécessité d'une *direction psychiatrique* pour un hôpital psychiatrique.

Cette nécessité est évidente et reconnue partout. Si certains ont pensé qu'une direction pouvait être un obstacle aux préoccupations médicales du psychiatre, c'est qu'ils avaient oublié la signature de tant de travaux étrangers cités et loués par eux. En Suisse, pour ne prendre qu'un exemple, le directeur de l'asile est non seulement un médecin mais souvent un professeur de l'Université. Il ne semble pas que cela ait été un obstacle à l'activité scientifique du professeur Eug. Bleuler, par exemple, ni de tant d'autres. La vérité, c'est que ceux des psychiatres qui sont débordés ou stérilisés par la besogne administrative sont, ou bien des médecins que la psychiatrie intéresse moins que l'administration, ou bien des médecins qui, pour très distingués qu'ils soient, se laissent déborder par une besogne administrative à laquelle ils

sont insuffisamment aptes ou insuffisamment préparés, pour laquelle parfois aussi ils sont mal secondés.

Si la direction d'un hôpital psychiatrique ne peut être utilement assurée que par un psychiatre, cela ne veut pas dire que tous les médecins des hôpitaux psychiatriques soient aptes à faire un bon directeur. La vérité, c'est encore que pour la nomination à la direction d'un établissement, une sélection s'impose. C'est aussi que ce poste devrait comporter, avec des avantages spéciaux, des servitudes particulières parmi lesquelles, en premier lieu, la stabilité au moins relative de la fonction. Pour diriger utilement un tel établissement, il faut avoir le temps et la possibilité d'y choisir ses collaborateurs et d'y réaliser ses conceptions. Il faut aussi qu'un médecin-directeur puisse consacrer entièrement son temps à l'hôpital psychiatrique et aux malades de son service, laissant à d'autres les activités extérieures.

L'intérêt des malades, les progrès de l'assistance psychiatrique et même de la science psychiatrique veulent que le directeur soit un psychiatre. Le psychiatre, écrivait déjà Renaudin, est « le chef naturel d'un asile. Il doit diriger l'institution ».

René CHARPENTIER.

Guerre et troubles mentaux. Peut-on parler de psychoses du bombardement ? par J. ALLIEZ et J. CHARPIN (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 1er décembre 1944, *Marseille-médical*, 15 mars 1945).

A propos de six observations de troubles mentaux consécutifs au bombardement qui eut lieu à Marseille le 27 mai 1944, MM. J. Alliez et J. Charpin notent dans deux de ces observations l'influence du traumatisme physique, de la faim, de l'insomnie, de la fatigue, en un mot de l'épuisement (l'un de ces malades resta sous les décombres pendant trente heures) ; dans les quatre autres cas, le traumatisme fut purement émotionnel. L'aspect clinique fut celui, habituel, des états confusionnels ou des états mélancoliques. L'étude des antécédents souligne l'importance capitale du terrain, qui conditionne l'apparition des troubles psychiques ainsi que leur évolution et leurs caractères cliniques particuliers. A remarquer, en dépit du nombre élevé des victimes, la proportion très réduite de malades hospitalisés pour troubles psychiques. On ne saurait parler de psychoses de bombardement.

René CHARPENTIER.

Rongeurs d'ongles et rougisseurs, un chapitre de caractérologie, observations et réflexions sur les tics, par W. BOVEN, de Lausanne (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, f. 1, 1945)

Dans ce mémoire, le professeur W. Boven examine d'abord deux variétés de tics : l'onychophagie et l'éreutophobie. L'onychophagie est un compromis de pulsion et de retenue ou, plus précisément, une espèce d'activité faite de colère et de peur : ce tic apparaît comme une conduite régressive, enclavée dans une sur-conduite normalement conventionnelle. Quant au tic de rougissement, ce serait une conduite passive à caractère narcissique-autiste chez des sujets jalousement anxieux de sauvegarder leur intimité personnelle. « Jeu ingénu du cacher et du découvrir, de la confidence et de la réticence, paradoxe de l'intimité et de l'expansion à couvert. Défaut d'osmose entre

l'intime et le social. Conduite d'un vif amour-propre lié à la peur. » Le rougissement répond à un effort de contenance.

Le trait commun à tous les tiqueurs réside dans leur inaptitude au refoulement de leur vie intime, à la maîtrise révérencieuse de leurs humeurs. Ils sont tiraillés entre des audaces et des appréhensions qui font le compromis mesquin, dans un format d'autisme infantile. Dans le film d'une conduite d'homme le tiqueur insère des segments de conduite de petit enfant.

Le professeur W. Boven rappelle les relations fréquentes des tics avec les obsessions, la circonspection nécessaire pour la distinction des « tics lésionnels » et des « tics fonctionnels » et donne en terminant des directives psychothérapiques.

R. C.

Cent cas de schizophrénie à début tardif, par L. Maletz et G. Kent (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 173).

Etude portant sur cent cas de schizophrénie, dont l'hospitalisation fut tardive, les malades ayant plus de 45 ans quand ils furent admis à l'hôpital. On note 85 femmes contre 15 hommes. On peut les classer ainsi : 66 formes paranoïdes, 24 formes catatoniques et 10 cas d'autres types. Jusqu'au début de leur maladie, la plupart des malades avaient eu un comportement suffisamment normal ; les femmes mariées avaient bien pris soin de leur intérieur. La moitié des sujets avaient présenté des tendances schizoïdes. Quarante d'entre eux purent reprendre une vie normale. Parmi les 37 sujets qui sont encore à l'hôpital, 20 sont de bons travailleurs.

L. M.

Troubles paroxystiques de la conscience dans des affections cérébrales dont la localisation a été constatée ; considérations spéciales sur les états dits « états de rêve », par K. Hermann et E. Stromgren (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. XIX, fasc. 1-2, 1944, p. 175).

La conception « état de rêve » ou « dreamy state » est très vague et n'est pas clairement définie. Elle semble s'appliquer à des types différents de troubles de la conscience ; le principal caractère qui leur est commun est que le malade est capable de donner une bonne description de son état de conscience pendant le trouble, car il en conserve le souvenir. La plupart des cas se traduisent par un état de « dépersonnalisation » qui ne peut se produire que si le niveau de la conscience n'est pas trop bas. Le caractère paroxystique du trouble plaide en faveur d'une pathogénie vasculaire. Le faible degré des troubles de la conscience indique que la crise vasculaire peut être peu profonde.

Les états considérés comme états de rêve sont rares dans les affections concernant les lésions situées sous la tente du cervelet et l'auteur ne les a pas observés dans les affections de l'hypophyse. Il les note le plus souvent dans les affections du lobe temporal mais aussi dans celles des autres lobes et même dans des lésions profondément situées et peu localisables.

Les troubles de la conscience se compliquent souvent d'hallucinations ou plutôt de pseudo-hallucinations ; aucune forme n'est spécialement observée et les hallucinations du goût et de l'odorat ne sont pas particulièrement fréquentes. L'auteur n'ose attribuer dans les troubles de la conscience un rôle

dominant au lobe temporal, qui aurait ainsi des fonctions mentales plus élevées. La plus grande fréquence de l'état de rêve au cours des affections intéressant ce lobe semble plutôt due au fait de ses rapports avec l'artère cérébrale moyenne, qui se distribue à une grande partie du cerveau. Cette pathogénie vasculaire s'accorde avec la particulière fréquence des troubles de la conscience, aussi bien légers que profonds dans les accès épileptiformes ou dans leurs équivalents.

L. Marchand.

Troubles du comportement chez les malades atteints de sclérose disséminée, par O. Langworthy, L. Kobb et S. Androp (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 243).

Etude de 199 cas de sclérose disséminée qui furent traités dans des hôpitaux psychiatriques. Les attaques transitoires de torpeur et de paralysie furent souvent considérées chez ces sujets comme des manifestations hystériques. Les plaques de sclérose intéressent fréquemment la substance blanche des lobes pré-frontaux et déterminent des troubles mentaux. On doit prendre aussi en considération les réactions des sujets vis-à-vis de leur maladie. L'instabilité émotionnelle est souvent la cause de difficultés qui engagent les malades à consulter un psychiatre. Une activité sexuelle, associée parfois à une impotence, entraîne des conflits entre conjoints.

L. M.

Clinique et pronostic de la paralysie générale traitée par la malaria, par Margrete Lomholt (*Acta psychiatrica et neurologica*, Supplément XXX, Copenhague 1944).

Le pronostic de la démence paralytique est complètement changé depuis l'introduction de la malariathérapie. Etude portant sur 747 malades, dont 623 ont été traités durant la période de 1922 à 1935. La période d'incubation entre la contamination syphilitique et le début de la paralysie générale a été en moyenne de dix-huit ans. 78 malades seulement furent traités par le salvarsan durant les périodes primaire et secondaire ; 214 suivirent un traitement mercuriel. Au moment de leur admission à l'hôpital, 82 présentaient une forme neurasthénique, 100 une forme expansive et mégalomaniaque, 414 une euphorie niaise ; mais les autres étaient atteints de formes rares. Chez plus de la moitié des sujets, on nota des hallucinations. Comme celles-ci s'observent aussi souvent avant le traitement malarique qu'après, on ne peut admettre que le traitement les provoque.

Sur 576 sujets traités par la malaria, 60 guérirent complètement, 68 présentèrent un léger affaiblissement, mais restèrent capables de travailler ; 103 devinrent déments et incapables de tout travail ; 204 moururent entre la période allant du traitement à l'époque de l'examen. Le pronostic est meilleur pour les formes neurasthéniques et expansives ; il dépend de la rapidité avec laquelle le traitement est appliqué dès les premiers symptômes ; il ne peut être précisé qu'après une longue observation. Le liquide céphalo-rachidien reste généralement pathologique. Après cinq ans, chez les sujets guéris, on le trouve normal. Bibliographie importante, dans laquelle aucun travail français n'est cité.

L. Marchand.

PSYCHOTECHNIQUE

Etude du développement psychomoteur du premier âge (adaptation d'une échelle de tests à la population parisienne), par Mme Irène Lézine (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 6 juin 1944).

Ce travail fait partie de recherches relatives à l'influence de l'hérédité sur les aptitudes psychiques, entreprises sous la direction du professeur Wallon et du professeur agrégé Turpin. L'examen et la confrontation de tests établis par les auteurs américains et viennois ont montré la nécessité de l'élaboration préalable d'une nouvelle échelle de tests psychomoteurs pour les enfants de la région parisienne.

Mlle Lézine a établi une série de tests pour le premier âge comprenant des épreuves de locomotion et de contrôle postural (54), des tests verbaux (44), des tests de coordination oculo-motrice (76, comprenant des exercices de préhension, imitation de gestes, discrimination des formes et exercices graphiques) et des épreuves d'adaptation sociale (55, basées sur la connaissance des aliments, les habitudes de propreté, les relations avec les adultes et autres enfants et les connaissances pratiques usuelles). Etablis sur 330 enfants de 3 mois à 4 ans, ces tests pourront servir à l'étude des stades du développement neuro-psycho-moteur du premier âge.

René Charpentier.

NEUROLOGIE

Le cortex cérébral et le système nerveux autonome, par M. Lund (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. XIX, fs 1-2, 1944).

Hughlings Jackson écrivait en 1876 : « Ce serait une chose remarquable que les fonctions organiques ne soient pas représentées dans le cortex cérébral » ; il était arrivé à cette conclusion en se basant sur des constatations cliniques au cours des accès épileptiques. Lund rapporte 18 cas d'affections corticales avec des symptômes vaso-moteurs unilatéraux paroxystiques ou permanents. Les observations montrent que le cortex est le siège de représentations vaso-constrictives et vaso-dilatatrices et que cette fonction est sous la dépendance de régions étendues prémotrices, précentrales et post-centrales, et peut-être de régions pariétales. Il décrit aussi quatre cas d'affections corticales avec une hyperhydrose localisée paroxystique et deux cas avec une hyperhydrose unilatérale permanente. Il conclut que le cortex exerce une action stimulatrice ou inhibitrice sur la sécrétion sudorale et que la localisation de cette fonction correspond au cortex somato-sensoriel. Mention est faite d'un cas de tumeur corticale avec symptômes gastriques paroxystiques et dix cas avec aura épigastrique. Il semble résulter de ces observations que le lobe temporal renferme les centres des sensations viscérales.

L. M.

L'évolution du problème de l'épilepsie, par Ph. Pagniez (*La Presse médicale*, 23 décembre 1944).

M. Ph. Pagniez rappelle les importants progrès récents de nos connaissances concernant l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, la pathogénie, la thérapeutique de l'épilepsie : étude électro-encéphalographique, épilepsie provoquée par le cardiazol et par l'électro-choc, étude neuro-chirurgicale qui a mis en évidence la relation beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imaginait de l'épilepsie avec les tumeurs cérébrales, thérapeutique par l'hydantoïne et ses sels.

Maladie plus ou moins durable, l'épilepsie peut se manifester uniquement par des paroxysmes convulsifs sous forme de crises, mais ces manifestations qui se complètent souvent d'accidents tels que absences ou équivalents divers (mentaux, sympathiques, etc.), peuvent aussi être accompagnés de troubles variés (du caractère, de l'intelligence, etc.).

Les « centres primitivement engagés dans les paroxysmes convulsifs » (Jackson) peuvent être corticaux ou diencéphaliques. Si, en même temps que le début des crises, il y a très souvent des troubles vasculaires, ceux-ci ne paraissent pas indispensables, ne sont pas toujours de même type, et ne semblent pas jouer dans le déterminisme des accidents le rôle qu'on a voulu leur attribuer. Sans nier que l'épilepsie puisse relever d'une ischémie cérébrale, on ne saurait généraliser cette théorie. La pathogénie des troubles en cause paraît plus profonde. Ce qui se passe dans l'intimité des centres en cause (diencéphaliques ou corticaux) nous échappe encore.

A côté d'épilepsies symptomatiques, prennent encore place un assez grand nombre d'épilepsies cryptogénétiques, ou « essentielles », dont les symptômes électro-encéphalographiques (lenteur des ondes alpha, etc.) expriment la disposition permanente. Il est possible, ajoute M. Ph. Pagniez, que les perturbations électriques traduisent une modification de structure chimique, ou autre, des centres nerveux, ou encore qu'elles soient en rapport avec des actions toxiques durables ou intermittentes. Cela surtout dans ces cas d'épilepsie cryptogénétique, dans lesquels l'étude anatomique reste muette, même par l'encéphalographie ou l'exploration chirurgicale.

René Charpentier.

L'épilepsie symptomatique des tumeurs intra-craniennes, par S. Teglbjœrg et K. Bligaard (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. XIX, fasc. 1-2 1944, p. 379).

Les tumeurs qui se développent lentement comme les méningiomes, les astrocytomes et les tumeurs vasculaires se traduisent cliniquement par des accès épileptiques et souvent l'épilepsie en est le symptôme initial. L'épilepsie symptomatique de tumeurs cérébrales ne peut pas être différenciée des autres formes symptomatiques tant que d'autres symptômes tumoraux tels que hémiplégie, hémianopsie, etc., ne s'y associent pas. Les auteurs donnent les résumés de 42 observations de tumeurs cérébrales avec épilepsie. Sur ce nombre, 39 furent l'objet d'une intervention neuro-chirurgicale ; 38 avaient présenté des crises épileptiques depuis deux à vingt-deux ans avant leur hospitalisation, ce qui montre que l'épilepsie peut être longtemps le seul symptôme tumoral ; 17 sujets avaient des crises jacksonien-

nes ; 21 étaient légèrement affaiblis intellectuellement ; 29 présentaient des symptômes neurologiques ; 17 un œdème de la papille. Sur 34 cas, on constata de l'hyperalbuminose dans 14 ; 22 sujets sur 36 présentaient des anomalies osseuses à la radiographie. Le diagnostic de tumeur cérébrale fut posé 26 fois sur 28 cas après l'encéphalographie lombaire. Les 42 tumeurs se classent ainsi : 4 méningiomes, 21 astrocytomes, 2 glioblastomes, 1 épendymome, 1 épendymoblastome, 1 gliome inclassable, 1 angiome, 1 métastase de carcinome du sein, 1 fibrosarcome, 5 kystes congénitaux. Les résultats définitifs des interventions ne peuvent être établis qu'après une observation durant cinq années.

L. MARCHAND.

Leuco-encéphalite à type néoplasique, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et J. GRUNER (*Revue neurologique*, janvier-février 1944).

Intéressante observation anatomo-clinique d'une malade de 39 ans dans laquelle le tableau clinique, assez éloigné du tableau clinique habituel de la sclérose en plaques, orienta tout d'abord vers le diagnostic de tumeur cérébrale, en raison de crises d'épilepsie jacksonienne, puis, au cours d'une évolution de treize années, vers celui de leuco-encéphalite progressive.

L'examen anatomique a montré dans certaines parties du névraxe des lésions de sclérose en plaques et, dans un hémisphère cérébral, des lésions de leuco-encéphalite. Dans cette sclérose hémisphérique centrale existent des images de véritable gliose tumorale avec des dépôts d'une substance hyaline particulière traduisant sans doute un trouble très spécial d'un métabolisme. De tels dépôts et de telles proliférations tumorales n'ont jamais été observés dans les très nombreux cas de sclérose en plaques examinés à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Suivant le niveau considéré, ce cas se rapproche anatomiquement tantôt de la sclérose en plaques, tantôt de la maladie de Schilder. Les auteurs concluent au diagnostic plus général de leuco-encéphalite à forme néoplasique.

Les rapports qui peuvent exister entre les leuco-encéphalites telles que l'encéphalite de Schilder et la sclérose en plaques sont, d'ailleurs, loin d'être précisés. Et, sous la dénomination de « sclérose en plaques » sont peut-être rangées des affections à étiologie dissemblable.

René CHARPENTIER.

Hémiplégie cérébrale infantile et troubles aphasiques, par H. HÉCAEN et L. ANGLADE (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 25 avril 1944).

Rappelant que, pour Pierre Marie, l'absence habituelle de troubles du langage dans les séquelles des hémiplégies infantiles, constituerait un argument clinique important contre la théorie des centres innés du langage, MM. H. Hécaen et L. Anglade rapportent l'observation d'une jeune fille de 20 ans qui présente, avec une hémiplégie cérébrale infantile *gauche* (traumatisme obstétrical probable), des troubles de la sensibilité de type cortical (atteinte du sens des localisations, du tact épicritique, de la stéréognosie), une dyspraxie constructive, quelques troubles du calcul et enfin

des troubles du langage (il existe un grand nombre de gauchers dans la famille du côté maternel) de type expressif et réceptif. Ces derniers troubles, qui furent précoces, ont l'aspect de séquelles d'une aphasie à la fois motrice et sensorielle ; ils ne paraissent pas dus à un état de déficit intellectuel, soit congénital, soit acquis.

Si exceptionnels soient-ils, des troubles aphasiques peuvent donc accompagner l'hémiplégie cérébrale infantile. Des auteurs estiment qu'il faut pour cela une lésion bilatérale s'opposant à la suppléance par l'autre hémisphère et, en effet, MM. H. Hécaen et L. Anglade pensent que, dans ce cas, une lésion légère des « centres du langage » de l'hémisphère gauche a dû rendre impossible une parfaite suppléance.

René Charpentier.

Les amyotrophies d'origine pariétale, par M. David, H. Hécaen et Sauguet (*La Presse médicale*, 2 décembre 1944).

Le diagnostic clinique des amyotrophies d'origine corticale et des atrophies musculaires relevant d'une atteinte du neurone périphérique est souvent délicat. Cependant, l'amyotrophie d'origine corticale est relativement fréquente. A propos de deux observations personnelles, dans lesquelles les lésions, superficielles, étaient strictement limitées à la région pariétale, les auteurs montrent que si cette amyotrophie n'a qu'une valeur clinique secondaire dans les syndromes vasculaires, elle constitue un symptôme important en cas de traumatisme et surtout de tumeur. Bien qu'elle ait été signalée au cours de l'évolution de lésions frontales ou temporales, elle est le plus souvent en rapport avec des lésions pariétales. Lorsque cette amyotrophie est nette et frappe avec prédilection les extrémités distales, c'est un signe d'une grande valeur clinique et topographique. Lorsqu'elle se présente avec l'aspect du syndrome d'Aran-Duchenne, les auteurs estiment qu'on est en droit d'affirmer l'atteinte pariétale. D'où son intérêt particulier en neuro-chirurgie.

Le problème pathogénique est loin d'être résolu.

René Charpentier.

L'épidémie actuelle de poliomyélite dans la région de Toulouse, par R. Sorel (*Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, **séance de novembre 1943**).

M. R. Sorel, qui a pu observer 21 cas de poliomyélite au cours de cette épidémie, met en évidence les faits suivants. L'épidémie a été essentiellement rurale. Mis à part quelques cas rares où la notion de porteurs de germes par rhino-pharyngite a pu être démontrée, la source du médullo-virus est passée souvent inaperçue. Cette épidémie a coïncidé avec une recrudescence de diverses infections neurotropes que les symptômes cliniques et la formule liquidienne permettent de différencier nettement de la poliomyélite (méningo-neuronites, radiculites, syndrome de Guillain et Barré, etc.). On est autorisé à penser que l'eau a joué un rôle dans la dissémination du médullo-virus, tout comme pour la fièvre typhoïde, qui a subi un regain d'actualité dans la région : typhoïde et poliomyélite ont frappé surtout la population extra-urbaine, qui est alimentée par des eaux de puits polluées.

En ce qui concerne le mode de début, l'auteur insiste sur la quasi-constance de la réaction méningée et sur la particulière intensité de la formule cytologique dans le liquide céphalo-rachidien. Les modalités cliniques observées ont été très diverses, depuis les formes méningées et aréflectiques jusqu'aux formes massives avec séquelles paralytiques et amyotrophiques et même jusqu'au syndrome de Landry.

Dans l'ensemble, la mortalité a été faible : 1 décès sur les 21 cas observés. La sérothérapie (sérum de convalescent, sérum de Pettit ou sang maternel) s'est montrée très infidèle. La radiothérapie précoce est apparue comme l'arme la plus efficace. R. C.

Considérations cliniques sur la récente épidémie de poliomyélite antérieure aiguë (24 observations), par M. Janbon, J. Chaptal, A. Biscaye, J. Seguy et J. Gay (*Société des siences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 janvier 1944, *Montpellier médical*, janvier-février 1944).

De l'observation de 24 malades hospitalisés pendant la recrudescence de poliomyélite antérieure aiguë au cours de l'été de 1943, se dégage une impression d'ensemble de grande sévérité, impression qui doit être corrigée par cette constatation qu'il s'agit là d'une statistique hospitalière à laquelle échappent les formes mineures, frustes, abortives. La particularité la plus notable est la fréquence des formes douloureuses et surtout de la sciatalgie, presque toujours bilatérale, intense, durable (dans 60 0/0 des cas).

Partageant l'opinion récemment émise par M. Lépine, les auteurs insistent sur le caractère décevant des résultats thérapeutiques (sérum de Pettit, sérum de convalescents, hémothérapie), au moins à la phase de paralysie confirmée. René Charpentier.

A propos de 13 cas d'intoxication par le bromure de méthyle dont 7 collectifs et 2 mortels, par Jean Michaux, A. Clercy et G. Lechevallier (*Société de médecine et d'hygiène du travail*, séance inaugurale du 19 juin 1944).

Les auteurs rapportent une étude clinique d'ouvrières employées à remplir des ampoules de bromure de méthyle destiné à un usage antiparasitaire qui devient de plus en plus courant et pour lequel une grande réclame est actuellement faite. Le tableau symptomatologique est le suivant : dans les cas graves, coma avec crises convulsives cloniques débutant aux membres supérieurs et s'étendant aux membres inférieurs, perte d'urines, sans morsures de la langue ; dans les jours suivants, dysarthrie et mouvements myocloniques des doigts de la main, puis persistance d'un tremblement au niveau des membres supérieurs, avec dyssymétrie, adiadococinésie et hyperréflectivité tendineuse. Dans les cas moins graves, on note, au début, de la céphalée, des vertiges, des syncopes, de la dysarthrie et de l'hyperacousie douloureuse, suivis dans la plupart des cas de crises convulsives. Enfin, parfois, les seuls symptômes consistent en des mouvements myocloniques spécialement localisés aux trois premiers doigts de la main. L'ensemble de ces signes n'apparaît jamais au moment même de l'inhalation, ils surviennent toujours après un temps de latence plus ou moins long.

Si les séquelles de l'intoxication consistent surtout en la persistance d'un

tremblement important avec les mouvements intentionnels des membres supérieurs, l'évolution des intoxications graves peut se faire vers la mort. Deux des ouvrières moururent rapidement dans un coma avec convulsions.

R. C.

BIOLOGIE

Mécanisme des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Nouvelle réaction de floculation, par A. DOGNON et M[lle] Y. SIMONOT (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 23 mai 1944).

M. Dognon et Mlle Simonot montrent que l'étude du pouvoir floculant d'une protéine doit être faite en utilisant des suspensions floculables de *p*H différents et avec des concentrations différentes en protéine. On peut ainsi tracer un diagramme de floculation caractéristique. Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du névraxe a un diagramme très différent de la normale ; avec des suspensions de *p*H divers, il est facile d'établir une méthode simple de diagnostic.

La réaction proposée a toujours été trouvée positive dans la syphilis du névraxe, parallèlement à celle du benjoin. Elle peut se trouver négative dans les scléroses en plaques à benjoin positif et ceci quelle que soit la concentration en liquide céphalo-rachidien.

René CHARPENTIER.

La réaction de Wassermann sur le sang desséché, par GADRAT et PECASTRAING (*Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance de mars 1944).

La technique utilisée est celle qui a été fixée par Demanche, mais les auteurs prélèvent le sang sur trois pastilles de papier buvard au lieu de deux, ce qui permet d'exécuter la réaction avec l'antigène ordinaire et l'antigène cholestériné. Leurs recherches portent sur 310 malades chez lesquels la réaction de Wassermann a été pratiquée parallèlement sur le sérum. Ils n'ont pas observé de discordances chez les témoins non syphilitiques ; chez les autres, ils ont obtenu 62 résultats positifs contre 74 par la méthode ordinaire du sérum. Ce défaut de sensibilité, qui est de l'ordre de 16 pour 100, n'affecte que les sérologies faiblement positives. Les études de conservation auxquelles ils se sont livrés montrent que le sang desséché conserve des propriétés réactives pendant plus de deux mois. Cette méthode peut rendre des services appréciables pour le dépistage de la syphilis dans les collectivités et aussi chez l'enfant et tous les sujets dont les veines sont difficilement accessibles ; son usage se vulgarisera lorsque sa sensibilité aura été perfectionnée.

R. C.

Etude expérimentale de l'hyperglycémie consécutive à l'épilepsie électrique du rat, par J. DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 22 juillet 1944).

MM. J. Delay et A. Soulairac montrent la persistance de cette hyperglycémie post-critique après surrénalectomie bilatérale, après injection d'insu-

line et après action simultanée de ces deux facteurs. L'administration d'atropine exagère cette hyperglycémie. Ces résultats semblent confirmer la thèse qui place le point de départ de cette réaction hyperglycémique au niveau des centres neuro-végétatifs de la région hypothalamo-hypophysaire.

R. C.

Action de l'alanine, du glycocolle et de l'urée sur l'excitabilité neuro-musculaire, par P. Chauchard (*Société de biologie*, séance du 4 novembre 1944).

M. P. Chauchard apporte par la méthode chronaximétrique une nouvelle preuve de l'action neuro-musculaire excitante des acides aminés, tandis que l'urée a un pouvoir dépresseur nerveux qui doit intervenir dans le coma urémique.

R. C.

Réflexe plantaire et chronaxie dans les premières heures après la naissance chez l'homme, par G. Bourguignon et P. Milliez (*Société de biologie*, séance du 14 octobre 1944).

MM. G. Bourguignon et P. Milliez ont étudié les variations des chronaxies des extenseurs et des fléchisseurs des orteils après la naissance et soulignent les rapports de ces variations avec celles du réflexe plantaire, double à la 30e minute (flexion suivie d'extension), puis en extension à gauche, enfin en extension des deux côtés chez les quatre enfants étudiés.

R. C.

Les résultats de l'analyse chronaximétrique des états du sommeil, par Paul Chauchard (de Paris). (*La Presse médicale*, 5 août 1944).

Si l'existence, dans la base du cerveau, au voisinage du 3e ventricule, d'un centre de sommeil, doué du pouvoir de déclencher cette vague d'inhibition du fonctionnement cortical que constitue le sommeil, est aujourd'hui démontrée par la physiologie et par la pathologie, le problème reste mystérieux des mécanismes par lesquels ce centre agit sur l'écorce cérébrale.

De ses études de neurophysiologie chronaximétrique, M. Paul Chauchard conclut que l'analyse chronaximétrique conduit à rattacher toute la symptomatologie hypnique à une perte de la régulation neuronique due à l'arrêt de fonction d'un centre situé dans la base de l'encéphale. Il y aurait, en particulier, désactivation des neurones corticaux, qui ne reçoivent plus l'influence bioélectrique spéciale des neurones de ce centre. Tel serait le mécanisme au service du centre du sommeil, si un tel centre ne se confond pas avec le centre régulateur, vrai centre de l'éveil.

Dans le sommeil incomplet, l'incohérence du rêve traduirait la perte de la régulation correcte des chronaxies, véritable incoordination psychique. Le sommeil apparaît donc comme une perte de l'activité régulatrice des chronaxies. Les comas et les narcoses ont un déterminisme plus complexe, surtout les comas convulsivants où intervient l'excitation de centres plus inférieurs.

René Charpentier.

Les dystrophies inapparentes. La maladie chronaxique. Expérimentation clinique, par G. MOURIQUAND et J. COISNARD (de Lyon). (*La Presse médicale*, 25 novembre 1944).

Il y a « maladie chronaxique » ou syndrome chronaxique vestibulaire lorsque le sujet, ayant tous les attributs apparents de la santé, de l'équilibre entre ses différentes fonctions organiques, l'absence totale de manifestations pathologiques du système nerveux, présente comme unique symptôme un abaissement pendant une période prolongée de la chronaxie dite vestibulaire. Etudiant d'abord ce syndrome : 1° chez des sujets carencés ; 2° chez des sujets normaux au cours de certaines actions médicamenteuses (thyroxine, acide acétyl-acétique, etc.), MM. G. Mouriquand et J. Coisnard montrent ensuite que chez l'enfant l'action de la thyroxine sur la chronaxie vestibulaire est absolument comparable à celle observée chez le pigeon. En raison du parallélisme rigoureux existant entre les manifestations expérimentales et les manifestations cliniques, ils concluent que l'équilibre nerveux de tels sujets pourrait se trouver menacé par un surmenage éventuel. Si la mort brusque observée chez des sujets carencés paraît le plus souvent liée à l'hypoglycémie (d'ailleurs inconstante), cette hypoglycémie n'est qu'un des éléments, un témoin du déséquilibre nutritif général. De ce déséquilibre, la recherche de la chronaxie vestibulaire fournirait de nouveaux éléments d'appréciation.

A dose convenable, la vitamine B1 qui, à des doses déterminées, freine l'action de la thyroxine, écarte le risque de maladie chronaxique. Indication thérapeutique importante, et cela non seulement dans les cas de carence alimentaire.

René CHARPENTIER.

L'électro-encéphalogramme des enfants normaux. Effet de l'hyperventilation, par N. BRILL et H. SENDEMANN (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 250).

Etude portant sur les électroencéphalogrammes de 100 enfants normaux. Le rythme de fréquence alpha augmenta et les phases de lente activité diminuèrent à mesure qu'il s'agissait d'enfants plus âgés. Durant l'hyperventilation, il se produisit chez les jeunes enfants une tendance marquée au développement d'une dysrythmie ressemblant à celle que l'on observe chez les épileptiques ; elle ne serait pas spécifique et serait en rapport avec l'âge du malade ainsi qu'avec son hérédité. Cette tendance à la dysrythmie diminue à mesure que l'âge augmente. Elle représenterait donc chez l'adulte une régression de l'activité cérébrale à un niveau plus jeune.

L M.

Mise en évidence par les rayons X des influences émotionnelles sur la fonction œsophagienne, par W. FAULKNER (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 227 .

La crainte, l'anxiété, l'appréhension, la colère, le sentiment d'infériorité causent souvent un spasme de l'œsophage avec rétrécissement de sa lumière et production de symptômes œsophagiens. La joie, la réussite, le sentiment

de bien-être et autres émotions positives suppriment le rétrécissement œsophagien. Ces changements peuvent être observés directement avec l'œsophagoscope et les rayons X. Une modification fonctionnelle d'origine émotionnelle pouvant coexister avec une maladie organique de cet organe, on doit donc d'abord chercher à préciser le diagnostic de la dysfonction psychosomatique.

L. M.

ENDOCRINOLOGIE

Les formes frustes de la maigreur hypophysaire, par L. Cornil (*Diagnostics et Traitements*, juin 1944).

La cachexie hypophysaire n'est en réalité que le terme final d'un processus anatomique lent de destruction de la glande et de ses formations végétatives adjacentes. Elle est moins fréquente que les formes frustes, atténuées qui peuvent, ou bien guérir spontanément, ou bien évoluer vers le syndrome de Simmonds.

Ces maigreurs isolées, dues à une insuffisance fonctionnelle ou organique du lobe antéhypophysaire, « maigreur hypophysaire simple » (Hoet, Bickel, Bergmann) ou « maigreur pubertaire tardive » (Kylin) comportent toujours une symptomatologie essentielle que M. L. Cornil résume ainsi : maigreur diffuse, uniforme, avec chute pondérale souvent considérable ; troubles de la sphère sexuelle ; asthénie très marquée, surtout le matin avec céphalée et crises lipothymiques, troubles gastro-intestinaux ; troubles du caractère ; troubles métaboliques (chute du métabolisme de base, hypoglycémie). Elles sont nettement réversibles, soit spontanément, soit sous l'influence d'une opothérapie soigneusement dirigée.

Pour M. L. Cornil, comme pour M. L. de Gennes, l'épreuve thérapeutique du séjour dans une maison de santé constitue le « test de choix » dans les formes encore réversibles de l'anorexie mentale pour le diagnostic avec la maladie authentique de Simmonds et les maigreurs hypophysaires.

Pourtant, une longue expérience des cures en maison de santé ne saurait permettre de considérer comme infaillible ce « test de choix ». Car, la même jeune malade, pour des raisons tenant tant à sa propre psychologie qu'à celle de l'entourage, tenant tant à la personnalité et à l'influence du médecin traitant qu'à des circonstances parfois fortuites peut, après une ou plusieurs cures sans résultat, trouver dans une autre maison de santé la guérison qui semblait jusqu'alors ne pouvoir être obtenue. Pour être valable, lorsqu'il est ou paraît être négatif, le test nous semble devoir comporter cette prudente réserve.

René Charpentier.

Syndrome de Cushing. Epilogue, par Robert Clément, J. Delarue, J. Callerot et Mlle Hartmann (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 octobre 1944).

Un jeune homme présenté à la Société médicale le 18 juin 1943, avec un syndrome de Cushing typique (obésité facio-tronculaire, hypertrichose, faciès

coloré, vergetures, hypertension artérielle, polyglobulie, ecchymoses, hypercholestérolémie, ostéoporose et tassement vertébral, atrophie testiculaire et infantilisme), ayant succombé à une tuberculose aiguë, l'autopsie a montré des adénomes cortico-surrénaux bilatéraux, une augmentation du nombre des cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse et un tubercule juxta-hypophysaire. Elle ne permet pas de dire si la lésion initiale et primordiale a été cortico-surrénale ou hypophysaire. Elle a confirmé l'atrophie et la sclérose des testicules, la dilatation et l'allongement de l'aorte athéromateuse.

R. C.

Hirsutisme d'Apert et syndrome de Cushing, par Robert Clément et Mme Hartmann (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 octobre 1944).

Les syndromes décrits par Apert en 1910 sous le nom d' « hirsutisme » ; par Gallais, en 1912, sous celui de « syndrome génito-surrénal » et par Cushing, en 1932, sous celui de « basophilie hypophysaire », sont cliniquement très voisins. Entre eux, il y a plus d'analogie que de différences. Aucun symptôme n'appartient en propre à l'un d'entre eux ; les nuances cliniques ne permettent pas d'affirmer l'origine surrénale ou hypophysaire.

Pratiquement, il faut dans tous les cas d' « obésité hypertrichosique et ostéoporotique » chercher systématiquement une tumeur ou un adénome surrénal ou hypophysaire, ou ovarien. Ceux-ci sont surtout mis en évidence par les signes d'accompagnement ou de localisation et la radiographie.

On peut espérer que la radiothérapie ou des interventions précoces sur ces lésions, bien souvent adénomateuses, multiplieront les cas de guérison d'une affection qui, pour n'avoir qu'une évolution lente, n'en est pas moins redoutable.

Les constatations anatomiques disparates faites à l'opération ou à l'autopsie peuvent se concilier par un élément commun : la mise en circulation en quantité exagérée de substances androgènes. Celles-ci proviennent le plus souvent de l'écorce surrénale néoplasique ou adénomateuse ou en hyperactivité secondaire à un adénome ou une tumeur hypophysaire par stimulation hormonale ou neuro-endocrinienne.

R. C.

Maladie de Cushing avec paraplégie spasmodique. Guérison cliniqu maintenue depuis six ans. Origine cortico-surrénale possible du syndrome, par G. Giraud, J. Margaret et P. Rimbaud (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 11 novembre 1944).

Cas très intéressant d'un malade dont l'observation avait été publiée en 1935 et qui présentait le syndrome physio-clinique du basophilisme hypophysaire décrit par Cushing (obésité d'apparition rapide, érythrose faciale, vergetures en flammèches, hypertension artérielle, polyurie avec glycosurie intermittente) associé à une paraplégie spasmodique par compression de la moelle dorsale, pouvant, en l'absence de toute lésion osseuse rachidienne, permettre de penser à une métastase d'un cortico-surrénalome cliniquement latent.

Traité par des irradiations de la loge hypophysaire, des injections d'extraits hypophysaires totaux et de lipiodol, et, un peu plus tard, par des irradiations larges de la région dorsale, le malade avait quitté l'hôpital en janvier 1935, sans aucune amélioration. Mais à partir du mois de juillet suivant, sans aucun nouveau traitement, se manifesta une amélioration régulière et progressive du syndrome endocrinien et de la paraplégie.

Au mois d'août 1936, l'infiltration graisseuse avait totalement disparu, les vergetures avaient perdu leur coloration rouge vif, la marche était à peu près normale en dépit d'un léger steppage. Nouveau traitement par rayons de Roentgen sur les régions surrénales et sur l'obstacle rachidien, associé à des injections d'extraits hypophysaires. Revu six ans plus tard, le malade, transformé, ne présente plus que de très légères séquelles neurologiques, le syndrome endocrinien ayant totalement disparu. Le traitement radiothérapique a donc manifestement été l'agent de la guérison, cela avec un certain retard. Les irradiations ont libéré la moelle épinière d'un tissu métastatique très radio-sensible, vraisemblablement sous la dépendance d'un cortico-surrénalome. Les irradiations larges de la région dorsale ont vraisemblablement atteint en même temps les capsules surrénales elles-mêmes et détruit la tumeur. Il reste difficile de s'expliquer pourquoi l'amélioration n'a débuté que sept mois après la radiothérapie.

Quant à l'hypophyse, les auteurs ont tendance à admettre qu'elle n'a souffert que secondairement et fonctionnellement, comme la plupart des autres glandes endocrines. Il s'agirait donc d'un cortico-surrénalome avec métastases plutôt que d'un cas de basophilisme hypophysaire pur de Cushing.

René Charpentier.

La pathogénie de l'achondroplasie, par Knud H. Krabbe (de Copenhague). (*La Presse médicale*, 11 novembre 1944).

La théorie qui, établissant une analogie entre d'autres formes de nanosomie et la nanosomie achondroplasique, considérait cette anomalie comme d'origine endocrinienne, doit être maintenant abandonnée.

M. Knud H. Krabbe montre que la pathogénie de cette affection congénitale doit être cherchée à une phase précoce de la vie embryonnaire. L'arrêt de développement correspond à celui qui est représenté par le bec-de-lièvre, le canal de Botal ouvert, les côtes cervicales, etc. C'est une maladie héréditaire : M. E. Trier Morch a pu démontrer l'existence familiale de la maladie dans 17 pour 100 des cas. Cela signifie probablement que, dans 83 0/0 des cas, la maladie apparaît par mutation négative. L'achondroplasie serait conditionnée par la perte des gênes qui, dans certaines phases du développement, ont fait que des mammifères aux extrémités courtes se sont développés en mammifères aux extrémités longues.

René Charpentier.

Les accidents nerveux au cours de la tétanie par hypo-parathyroïdie, par L. Justin-Besançon et Claude Laroche (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 octobre 1944).

Les auteurs rapportent deux observations de tétanie dont l'origine hypo-para-thyroïdienne est certaine. Les accidents tétaniques aigus se sont accom-

pagnés de troubles neurologiques : abolition de certains réflexes, parésie des membres inférieurs et, dans un cas, diplopie par parésie de la VIe paire cranienne. Ces troubles ont régressé en partie sous l'influence de la thérapeutique recalcifiante, mais n'ont pas tous disparu, ce qui semble prouver l'existence de lésions nerveuses persistantes. La diplopie a réapparu plusieurs fois à l'occasion d'accidents tétaniques aigus à la suite d'une interruption du traitement recalcifiant.

R. C.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

La délivrance médicale des toxiques doit être mieux réglementée, par X. Abély et J. Rondepierre (*Société de médecine légale de France* séance du 17 avril 1944),

MM. X. Abély et J. Rondepierre, faisant remarquer que la pratique de la cure de désintoxication à domicile est un des principaux facteurs de la persistance et de la fréquence des toxicomanes et des médecins distributeurs de toxiques, demandent que ce mode thérapeutique soit interdit et que les cures de désintoxication entraînent l'internement obligatoire.

R. C.

Sur la diminution de l'alcoolisme à Paris, par Jacques Decourt et A. Plichet (*Société médicale des hopitaux de Paris*, séance du 1er décembre 1944).

Statistique du pavillon des agités de l'hôpital Saint-Antoine, de 1936 à 1944. On y voit que le nombre des accidents nerveux dus à l'alcoolisme a considérablement diminué. Jusqu'à la guerre, il représentait 43 à 48 pour 100 des admissions (55 à 65 pour 100 des hommes, 21 pour 100 des femmes). Depuis la guerre, et surtout depuis l'établissement de la carte de vin, le nombre des alcooliques s'est abaissé à 5 ou 6 pour 100 des sujets admis (11 pour 100 pour les hommes et 0,7 pour 100 pour les femmes). Mais, d'autre part, le nombre des entrées s'est abaissé à près de moitié. Cette diminution globale du nombre des hospitalisés semble donc due avant tout à l'absence du contingent habituel des alcooliques.

R. C.

Note sur l'alcoolisme parisien pendant la période d'insurrection, par G. Heuyer et Mme Sauguet (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 octobre 1944).

Faisant état de leurs statistiques de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, MM. G. Heuyer et Mme Sauguet rappellent que, d'une part, pendant les premiers jours de la guerre et, d'autre part, pendant les mois de mai et juin 1940, lors de l'offensive et de la victoire allemande, le nombre des entrées à l'Infirmerie spéciale pour toutes psychoses et notamment pour *delirium tremens*, s'est élevé en flèche verticale pour atteindre son maximum le 14 juin 1940, jour de l'entrée des Allemands à Paris. Au contraire,

pendant les mois de juillet et août 1944, le nombre des entrées pour psychoses et pour *delirium tremens* a été le plus faible de ces dix dernières années ; pendant le mois d'août, il n'y eut qu'un seul internement pour alcoolisme.

Les auteurs insistent sur la diminution parallèle des psychoses en général et de l'alcoolisme mental au cours de ces trois dernières années. En 1936, le nombre global des internements en France était de 29.442 et celui des psychoses alcooliques de 3.016 ; en 1942, les chiffres correspondants étaient de 18.277 et de 798. Les auteurs insistent avec raison sur la nécessité d'éviter une reprise des ravages de l'alcoolisme et de prendre des mesures efficaces contre l'alcoolisme des villes et des campagnes.

R. C.

Note sur les inconvénients de la culture individuelle du tabac, par Delacroix (*Bull. de l'Académie de Médecine*, **séance du 20 juin 1944).**

Si l'action pathogène du tabac obtenu par les méthodes rationnelles et éprouvées (mélange de 70 0/0 de tabacs français, indigènes et coloniaux, et de 30 0/0 de tabacs exotiques ; fermentations des tabacs français par masses de 25.000 à 30.000 kg. ; mouillage ; hachage ; torréfaction pour séchage; aseptisation ; développement de l'arôme par brûlage des essences ; mise en masses de 10.000 à 25.000 kg. et séjour en masses pendant trois semaines) est statistiquement négligeable, la nicotine, dont le pouvoir toxique est très élevé lorsqu'elle est isolée, est, sinon l'agent toxique principal de la fumée, au moins celui qui accompagne les autres. On peut admettre que la toxicité d'un tabac est fonction du pourcentage de nicotine qu'il contient. Dans le fumer par inhalation, on a pu doser la nicotine dans le sang ; le résultat (1/2 millionième) est faible, mais suffit à produire des effets sur les sujets réceptifs. Dans le fumer buccal, pratiqué par la majorité des fumeurs, la nicotine du sang est indosable.

Mais, parmi les tabacs produits au hasard de la culture individuelle par des particuliers, inexpérimentés, il peut s'en trouver de très forts d'une part, de très altérables d'autre part qui, les uns et les autres, sont susceptibles de donner des troubles plus ou moins marqués.

René Charpentier.

Recherches nouvelles sur les conditions d'apparition de la poliomyélite, par André Plichet (*La Presse médicale*, 22 juillet 1944).

Relatant les acquisitions nouvelles de nature à faciliter la prophylaxie et la thérapeutique de la poliomyélite, M. André Plichet montre que l'étude, par Kling, de l'épidémie observée à Stockholm en 1939 confirme l'hypothèse de l'origine digestive de la maladie, hypothèse émise en 1928 par Kling, et dont les recherches ultérieures de Kling, Levaditi, Hornus, Lépine, avaient démontré la possibilité expérimentale. Des constatations analogues furent faites en 1940 en Amérique. Le virus, abondamment constaté dans les eaux des égouts, provient des selles virulentes des malades et prolifère dans ce milieu, qui lui est éminemment favorable.

Comme la fièvre typhoïde, la dysenterie et le choléra, la poliomyélite rentre ainsi dans le cadre des « maladies hydriques ». La prédominance estivale, de même que la marche des épidémies, sont ainsi expliquées, de même que les différentes formes (hautes ou basses) de l'affection, les unes à début

naso-pharyngien, les autres à début par entérite ou gastro-entérite, dualité qui se retrouve dans les formes abortives elles-mêmes. Ces formes abortives, atypiques, « extra-neurales », seraient très fréquentes : Camerer et Joppich concluent de leurs examens que 60 à 70 pour 100 des personnes au contact de cas de poliomyélite ont un liquide céphalo-rachidien pathologique. Aux causes déclenchantes, telles que les lésions préalables des muqueuses naso-pharyngées et intestinales, il faut ajouter l'exposition au soleil après les bains de rivière ou de lacs et le surmenage musculaire. Les races nordiques, anglo-saxonnes, paraissent plus réceptives au virus, de même que certaines familles et les sujets de certains groupes sanguins.

A l'aide du microscope électrotonique de Siemens, Kling et ses collaborateurs ont pu démontrer la proche parenté (mais non l'identité) de l'ultra-virus de la poliomyélite avec ceux de maladies neurotropes de certains animaux (poliomyélite spontanée de la souris, poliomyélite du porc). A. Tiseluis et Sven Gard ont signalé la présence, dans du virus poliomyélitique purifié de l'homme, de filaments très fins, de structures filamentaires que l'on a pu retrouver dans les centres nerveux comme dans l'intestin de sujets humains ou d'animaux atteints de poliomyélite et qui, pour Laruelle, seraient le support morphologique des propriétés spécifiques de l'ultra-virus poliomyélitique.

René CHARPENTIER.

Bec-de-lièvre et syphilis, par VEAU et TURPIN (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 26 septembre 1944).

Parmi les sujets atteints de bec-de-lièvre, MM. Veau et Turpin n'ont trouvé qu'une proportion très faible (4 pour 100) de syphilis avérée. Sur 46.000 accouchements à Baudelocque, on a relevé 34 enfants ayant un bec-de-lièvre ; un seul d'entre eux était né d'une mère syphilitique, tandis que le nombre total des mères syphilitiques était de 1.923. Le traitement prophylactique est peu efficace et la preuve en est dans la fréquence du bec-de-lièvre chez les enfants dont les parents atteints de la même malformation ont subi un traitement intensif. Le bec-de-lièvre s'observe, d'autre part, dans de nombreuses espèces animales chez lesquelles la syphilis ne peut être invoquée.

Ces faits sont peu en faveur de la théorie syphilitique du bec-de-lièvre, dont la théorie génétique semble la plus vraisemblable.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

« Glycémie 1944 », par J. BARBIER (*Diagnostics et Traitements*, mai 1944).

Si le taux d'environ 1 gramme pour 1000 du sucre circulant dans le sang d'un sujet normal à jeun, représente la quantité d'hydrocarbones auquel les besoins de l'organisme peuvent, à tout moment, faire appel, les régimes larges d'avant-guerre assuraient une réserve glucosée importante représentée surtout par le glycogène hépatique.

Il n'en est plus ainsi. Actuellement, en dehors même des accidents de grande hypoglycémie, tels que le coma d'emblée, on peut voir, précédant le coma, une phase de confusion mentale ou une phase d'agitation délirante simulant l'ébriété ou le delirium tremens.

Les insuccès et les rechutes de la cure de sucre ou de l'injection intraveineuse de sérum glucosé tiennent à une insuffisante compréhension du rôle réciproque de la glycémie et des réserves glycogéniques, « qui servent à celle-ci de volant régulateur ». Les grands inanitiés ont perdu et leur sucre sanguin, et leur réserve ; les premières injections sucrées n'élèvent qu'artificiellement le taux de la glycémie et il faut de longs jours d'alimentation large pour reconstituer, derrière la façade trompeuse du sucre circulant, une réserve glycogénique suffisante. Certains malades meurent subitement si, au début, les injections ne sont pas répétées, même la nuit.

M. J. Barbier ajoute que cette « crise des réserves » doit également rendre actuellement très prudent dans la prescription et l'administration de l'insuline à un diabétique que l'on voit pour la première fois ; il faut se rappeler la baisse probable de l' « encaisse hydrocarbonée » et manier l'insuline avec prudence.

René Charpentier.

Effet du sulfate de benzédrine alterné avec l'amytal sodique dans la schizophrénie, par L. Reznikoff (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 196).

Le sulfate de benzédrine, en raison de sa propriété sympathomimétique et de son action stimulante sur le système nerveux central, a été utilisé dans quelques formes schizophréniques, entre autres dans la forme catatonique. L'auteur soumit 15 schizophrènes à ce traitement. Les doses consistaient en une injection intraveineuse allant de 10 milligr. à 30 milligr., et le lendemain il donnait l'amytal par la voie buccale. Les résultats sont peu encourageants et l'auteur ne recommande pas cette méthode.

L. M.

Du choc prolongé, ses causes et sa prévention, par J. Frostig, M. Rossman, W. Cline et O. Schwoerer (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 192).

De toutes les complications de l'insulinothérapie, le choc prolongé est le plus dangereux. Les auteurs montrent qu'il ne se produit qu'après la phase médullaire. Par le terme « phase médullaire », ils entendent le développement d'un syndrome parasympathique et l'altération des sensibilités superficielles et profondes. Pour éviter le coma prolongé, ils conseillent, dès qu'apparaissent les signes d'un processus médullaire, de suspendre le traitement par l'ingestion de glucose au moyen de la sonde œsophagienne ou par son administration par voie veineuse. L'emploi de vitamine B leur a paru aussi raccourcir la période d'inconscience.

L. M.

Du choc thérapeutique dans les psychoses compliquant la grossesse, par H. Goldstein, J. Weinberg et M. Saukstone (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 201).

Comme conclusion du cas observé, il semblerait que chez les femmes enceintes dont l'état nécessite l'emploi du métrazol ou le choc insulinique, le déclenchement de crises convulsives est inoffensif.

L. M.

Comparaison entre les résultats des malades traités par le tétrazol et ceux des sujets traités par d'autres moyens, par J. Craig et M. Schilling (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 180).

Les auteurs ne peuvent tirer aucune conclusion définitive de leur étude. Le traitement par le métrazol semble avoir eu un résultat meilleur que les autres traitements et les malades ont pu reprendre plus vite que les autres malades une vie normale.

L. M.

Etude électro-encéphalographique portant sur neuf cas de psychose traités par le métrazol, par K. Finley et J. Lesko (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 185).

Sur les neuf cas traités, les auteurs ne constatèrent dans quatre cas aucune modification temporaire ou permanente des tracés électro-encéphalographiques autres que celles qui suivent immédiatement l'injection de métrazol. Dans trois cas, ils observèrent des modifications qui eurent une durée de plusieurs jours ou semaines. Les deux sujets, qui reçurent le plus grand nombre de chocs, montrèrent des modifications anormales permanentes. En règle générale, des modifications temporaires s'observèrent chez les sujets qui ne reçurent qu'une dizaine d'injections, et des modifications permanentes chez ceux qui reçurent 20 injections ou plus.

L. M.

La conception physiologique et le traitement de certaines « psychonévroses » communes, par E. Jacobson (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 219).

Les investigations électro-physiologiques ont permis de diriger la compréhension et le traitement de psychonévroses variées suivant des principes physiologiques. Certains termes employés actuellement sont vagues, entre autres celui de « psychonévrose », qui est considéré comme indiquant « une hypertension neuro-musculaire avec mouvements pathologiques créés par l'habitude ». Les états nerveux musculaires peuvent être mesurés et permettent de suivre les effets des divers traitements tendant à diminuer la tension musculaire dans différentes parties du corps. Exposé de deux cas, l'un de phobie, l'autre d'états passagers de dépression et d'irritabilité ainsi traités et suivis.

L. M.

Sulfate d'amphétamine (benzédrine) comme correctif de la médication dépressive et sédative dans l'épilepsie, par L. Robinson (*The American Journal of Psychiatry*, V. 98, sept. 1941, p. 215).

Le sulfate d'amphétamine (benzédrine) fut donné à 58 épileptiques présentant des manifestations toxiques résultant d'une médication anti-convulsive intensive. Les symptômes toxiques consistaient en somnolence, ataxie, irritabilité, agressivité, anorexie, vertige, nystagmus et tremblement. Dans 18 cas sur 39, l'amphétamine a d'abord combattu la somnolence, et secondairement l'ataxie, l'irritabilité, l'agressivité et l'anorexie. Le traitement n'a eu aucun effet sur la fréquence des crises. Il permet d'augmenter les doses des anti-convulsifs.

L. M.

De l'emploi de la pénicilline, par Labro (*Académie de chirurgie*, séance du 18 octobre 1944).

Produit encore très rare, la pénicilline, extraite du *Penicillum notatum* par le professeur Fleming, a été utilisée surtout dans les plaies de guerre, notamment au cours des campagnes de Tripolitaine et de Tunisie. Ce produit, d'une toxicité presque nulle, résiste mal aux antiseptiques habituels, aussi ne doit-il être utilisé qu'en dehors de l'usage de ceux-ci. Inversement, l'association de sulfamides est souvent heureuse. Deux formes pharmaceutiques sont actuellement utilisées, la forme liquide, la forme comprimée, préparées aseptiquement. Extrêmement soluble, la pénicilline doit être administrée à doses réfractées. Toutes les deux heures, par exemple, on peut user de doses correspondant à 10.000 unités, jusqu'à une dose totale de 100 à 200.000 unités. On ne doit craindre aucun accident. Parfois, cependant, l'effet est nul ; on a décrit, en effet, chez certains sujets, une pénicillo-résistance due à une pénicillase qui détruirait la pénicilline. L'effet de cette substance est spécialement net sur tous les microbes habituels de la suppuration : staphylocoques, streptocoques, sauf le viridans, méningocoques, gonocoques. L'entérocoque et le colibacille seraient très résistants, peut-être à cause de l'action antipénicillienne des sécrétions intestinales.

Toutes les indications maintenant classiques des sulfamides sont celles de la pénicilline. Mais les résultats de son emploi sont nettement supérieurs.

R. C.

MÉDECINE SOCIALE

Le cadre du foyer en dépasse les murs (Biotypologie et habitation. Confort et santé. L'organisation sociale du voisinage), par le Dr R.-L. Hazemann (*Le maître d'œuvre de la reconstruction française*, 1er février 1946).

Posant les bases de ce que doit être l'étude du cadre d'un foyer sain, physiquement et *psychiquement*, M. R.-L. Hazemann montre pourquoi il ne saurait être question d'une construction standardisée. Il faut « construire de tout » pour s'adapter aux divers tempéraments et aux diverses tendances. Pour éviter les dangers du taudis, il faut s'attacher à tenter une classification sur le « plan intellectuel ». Ce n'est qu'en obtenant le confort, aussi bien psychique que physique, que l'on permettra l'épanouissement complet de l'individu. D'autre part, la meilleure des maisons ne vaudrait rien si le voisinage devait en être mauvais. Les besoins du foyer ne se limitent pas aux murs extérieurs de l'habitation. Il faut encore ménager à l'entour un milieu social favorable, où puissent se trouver réunies les conditions favorables à la détente. Aussi, la question du logement ne saurait-elle être traitée en dehors de l'urbanisme.

Parmi les conditions nécessaires à la santé et au repos, lumière, soleil, aération, etc., M. R.-L. Hazemann place en premier lieu l'importante question des bruits évitables. La reprise d'une circulation automobile de plus en plus intense, l'augmentation constante du nombre des postes de T.S.F. exigeraient des mesures de protection plus efficaces contre les bruits inutiles et nocifs. Ne serait-ce pas le moment d'y songer ? Le grand intérêt des études de M. R.-L. Hazemann est précisément de signaler aux urbanistes l'importance des conditions psychologiques.

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 février 1946*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 mars 1946*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 avril 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Nécrologie

M. le Dr Henri MEURIOT, médecin-directeur de la Maison de santé de Villeneuve-Saint-Georges, ancien interne des hôpitaux de Paris, Chevalier de la Légion d'Honneur, *membre titulaire de la Société médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr Paul Hugues est nommé médecin-chef de l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot).

ASSISTANCE

Le statut des travailleurs sociaux

La grave crise qui sévit actuellement dans les services sociaux, dont la tâche est de plus en plus lourde, a deux causes : crise de recrutement du personnel, faiblement rémunéré pour un travail pénible, et insuffisance de la législation en matière d'œuvres sociales.

Soucieux de mettre fin à cette crise, *M. Robert Prigent,* ministre de la santé publique et de la population, a établi un projet de loi « relatif à l'exercice des professions d'assistants et assistantes sociaux et d'infirmiers et infirmières » qui, approuvé par le conseil des ministres, sera incessamment déposé sur le bureau de l'Assemblée constituante.

Ce texte répond à une double préoccupation : d'une part, établissant un véritable statut des deux professions, il en subordonne l'exercice à la possession du diplôme d'Etat, prescrit l'enregistrement des diplômes et titres à la préfecture, qui dressera une liste annuelle des personnes exerçant dans son ressort territorial ; crée un insigne et une carte professionnels ; soumet les assistants sociaux et infirmiers au régime du secret professionnel. Ce projet fixe, ensuite, les sanctions pénales applicables à l'exercice illégal de la profession et à l'usurpation de titres.

D'autre part, il vise à pallier la crise de recrutement du personnel. La disposition rendant obligatoire le diplôme d'Etat ne sera appliquée que dans deux ans. D'ici là, des mesures transitoires seront prises permettant, aux personnes dépourvues de diplômes d'Etat, d'exercer, sous réserve que la validité de leurs titres soit admise par le ministère de la santé publique et de la population. Mais ces dérogations n'entraîneront pas, pour autant, l'octroi du diplôme d'Etat par équivalence. Toutefois, des autorisations définitives pourront être délivrées aux personnes qui exercent déjà depuis trois années.

L'intérêt, déjà considérable en lui-même, de cette réforme, serait accru du fait qu'on peut y voir l'amorce d'une législation qui, d'une part, s'étendrait à la formation des travailleurs sociaux, et, d'autre part, unifierait le régime des services sociaux, créant, à cette fin, un office national les contrôlant et coordonnant leur activité.

(*Le Monde,* 26 février 1946).

NÉCROLOGIE

Roger Dupouy (1877-1945)

La disparition du Dr Roger Dupouy a créé un vide dans le milieu psychiatrique. Il était né le 14 novembre 1877 à Paris, et après de solides études médicales couronnées en 1906 par une thèse remarquable sur les « Psychoses puerpérales », il avait été reçu, à l'internat des asiles, premier de la promotion de 1903, et au médicat des asiles le second de la promotion de 1907. Il fut ensuite chef de clinique du professeur Joffroy, et de cette époque datent des publications importantes sur les « fugues » et « la paralysie générale juvénile ». Après plusieurs années passées comme médecin à l'asile national de St-Maurice, Roger Dupouy fit toute la guerre de 1914-1918 dans des centres neuro-psychiatriques, et apporta des contributions intéressantes à l'histoire de la syphilis, de la paralysie générale et de l'alcoolisme dans leurs rapports avec la guerre.

R. Dupouy devint ensuite le collaborateur du Dr Toulouse pour l'organisation et le développement des services libres. Chargé d'un service important à l'hôpital Henri-Rousselle, il y a déployé jusqu'à sa mort, avec une régularité inlassable, la plus grande activité, multipliant, seul ou avec ses collaborateurs, dans les sociétés et les revues, les communications cliniques les plus variées et les plus intéressantes. C'est là qu'il a complété et mis au point ses travaux sur les toxicomanies. Commencés dès son passage à la clinique du professeur Joffroy, par ses articles sur l'opiomanie et les observations de Thomas de Quincey et de Coleridge, ces travaux ont été poursuivis avec une remarquable persévérance par R. Dupouy et ont abouti, avec la collaboration de Maurice Naville, à sa thérapeutique très personnelle par le démorphène. Entre temps, l'activité de R. Dupouy s'était accrue des fonctions de médecin inspecteur des établissements psychiatriques et de médecin expert près les tribunaux.

Ce qu'une énumération de ses travaux et de ses fonctions ne saurait exprimer, ce sont les qualités exceptionnelles du clinicien et de l'homme. Nous qui n'avons cessé, pendant près de quarante ans, de collaborer avec lui et de vivre dans son étroite amitié, nous pouvons en donner le témoignage. Dans l'examen des malades, il apportait un soin, une précision et une pénétration que nous n'avons vus qu'à un G. de Clérambault ; tous ses certificats et ses rapports ne manquaient jamais de l'énumération la plus complète de tous les symptômes et de la justification la plus lumineuse de la décision : c'était des modèles du genre. Bien que d'une conscience professionnelle scrupuleuse et sans défaillance, il s'engageait toujours à fond avec une sûreté totale, en raison de la grande expérience qu'il avait acquise. D'un abord un peu froid, parfois même un peu dur, qui n'était que la pudeur de ses délicatesses de cœur, il a toujours été le médecin de devoir, le confrère impeccable et l'ami sûr.

Ach. Delmas.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : **167**
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 72.626. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

Tome I. — N° 3 Mars 1946

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TRAVAUX DE PITRES SUR L'APHASIE

PAR

QUERCY et Jacques MOREAU (1)

Pitres commence à travailler sous « le dogme » des centres de l'aphasie et des images cérébrales. Pendant qu'il observe et publie, la notion des centres de l'aphasie est attaquée, et la notion d'images cérébrales s'efface. Quelle a été, dans cette aventure, la part de Pitres ?

Il s'est occupé de la question de 1875 à 1913, et surtout de 1884 à 1899.

Il débute, et il publie l'essentiel de son œuvre, sous Broca, Bastian, Wernicke, représentés par son maître Charcot, pendant le règne heureux des aphasies multiples, des stocks d'images et des lésions bien localisées. C'étaient les quatre centres, les quatre aphasies nucléaires, les faisceaux d'association de centre à centre et les aphasies internucléaires, sous-corticales ou transcorticales.

Dans tous ses travaux, Pitres admet pleinement tout cela. Il est en pleine vigueur lors de la « révolution » de Marie (1906) et

(1) Voir nos notes antérieures, en particulier la théorie bergsonienne de l'aphasie, *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1945.
Voir la thèse de l'un de nous sur Pitres : Moreau, Bordeaux, 1945.

de la discussion ouverte en 1908 à la Société de neurologie de Paris aux fins de « révision » des aphasies, discussion et révision qu'il semble permis de résumer provisoirement ainsi : il n'y a pas de centres de l'aphasie ; le pied de la 3e frontale n'a rien à voir avec le langage, l'erreur de Broca est totale ; ce qu'on appelle aphasie motrice n'est nullement un oubli d'images, une amnésie, un trouble psychique, mais un trouble mécanique comme une paralysie ou une ataxie ; ce n'est pas une aphasie, c'est une anarthrie ; elle relève de lésions à chercher dans une zone insulo-lenticulaire d'où est exclu le pied de la 3e frontale ; il n'y a qu'une aphasie, celle de Wernicke, par lésion d'une vaste région rétro-sylvienne ; l'aphasie est avant tout un certain affaiblissement intellectuel ; la notion d'images cérébrales et même d'images tout court n'a pas de sens.

Pitres n'a rien accepté de ces affirmations, mais il est resté muet lors de la « révision », et il n'a pas assisté à la discussion de 1908 sur l'aphasie, tout en prenant part, la même année, à la discussion sur l'hystérie.

Longtemps auparavant, au Congrès de Lyon, en 1894, s'esquissait, en sa présence, une négation, fugitive et vague, des images cérébrales. A ce même Congrès, en effet, Bernheim, rapporteur avec Pitres pour l'aphasie, disait : la destruction de la 1re temporale, par exemple, peut bien causer une surdité verbale, mais elle laisse subsister, on peut l'établir, les souvenirs auditifs. Où donc les localiser ? Dans le lobe frontal ? Que c'est improbable ! Une même cellule frontale, ajoutait Bernheim, est capable de représentations tour à tour visuelles, auditives ou autres, selon les impressions successives qu'elle reçoit, impressions dont il ne reste pas trace. Et il terminait : à la même impression optique la même cellule frontale répond par la même sensation visuelle ; le souvenir résulte, non du réveil d'inexistantes empreintes, mais de la répétition d'une même impression. Après cette théorie de la mémoire, absurde, mais où figurait une négation des images cérébrales, Bernheim tournait court et se comportait comme s'il localisait dans le lobe frontal des images matérielles que des « cellules volitives » pourraient « transférer » dans des centres phonétiques. Pitres n'a rien saisi de la nouveauté un instant entrevue par Bernheim.

En 1896, avant que Pitres ait décrit (1898), avec son aphasie amnésique, une aphasie sans destruction d'images, paraissait Matière et Mémoire. Avec Bergson, comme avec Pitres, les quatre aphasies et leurs centres, les images multiples, les aphasies par oubli d'images étaient respectées; la surdite verbale pure, par

exemple, était toujours un oubli des images verbales auditives, et restait due à une lésion « incontestable » de la 1re temporale. Mais Bergson apportait du nouveau : de même que les objets ne sont pas dans le cerveau, les souvenirs n'y sont pas davantage. Ce qu'il y a dans les centres dits sensoriels ou imaginatifs, dans le cuneus dont la destruction détruirait la vision, ou dans le pli courbe dont la destruction ferait la cécité psychique, ce sont des mouvements ; et ces centres ne sont que moteurs ; il s'y organise des actions somatiques. La perception d'un objet et son souvenir ne se font conscients que lorsque l'organisme et le cerveau de la Conscience intéressée peuvent préparer des actions concernant cet objet ou son souvenir. Faute de cette action somatique à base cérébrale, perception et souvenir sont purement contemplatifs, donc inutiles et vains dans un organisme, inefficaces, impuissants, dont, croit Bergson, inconscients.

Excité par l'objet, le centre moteur dit perceptif organise une action relative à cet objet ; cette action est une raison d'être de la perception de l'objet. Le souvenir, encore inconscient, excite le centre, dit imaginatif, et ce centre organise une action relative à ce souvenir, et ce travail cérébral moteur est une raison d'être de la remémoration consciente.

Il y a aphasie, c'est-à-dire inévocation (et non destruction) des images verbales lorsque les centres moteurs dits sensoriels ou imaginatifs ne peuvent plus organiser, à l'appel des objets ou des souvenirs verbaux, les actions corporelles qui donnent une raison organique d'être à la conscience de ces objets et de ces souvenirs.

Deux aphasies :

1° Le souvenir peut, de l'inconscient qu'il constitue, agir sur le cerveau et provoquer, dans le centre « imaginatif », le pli courbe par exemple, un commencement d'action motrice ; mais le centre moteur dit perceptif, le cuneus, est lésé ; l'objet *optique* ne peut plus provoquer l'organisation de certaines actions du corps, et le souvenir perd ses raisons *optiques* de devenir conscient devant l'objet ; il pourra manifester son existence et son activité à des occasions auditives, tactiles, affectives, il ne le pourra plus devant un texte par exemple, et c'est l'alexie avec conservation de l'écriture spontanée ; les images verbales visuelles, qui répondent encore à certains appels, ne répondent plus à la vue d'un texte.

2° Dans l'autre aphasie, l'objet agit sur un centre moteur dit perceptif intact, l'action corporelle d'origine optique s'organise dans le cuneus ; mais le centre moteur dit imaginatif est détruit, le souvenir ne peut plus agir sur le cerveau et y pro-

voquer un commencement d'action ; le sujet pourra peut-être répéter automatiquement, peut-être même lire automatiquement à haute voix ; il ne pourra plus évoquer ses souvenirs verbaux, il ne pourra plus, selon le centre « imaginatif » détruit, comprendre la parole d'autrui, lire intelligemment, parler volontairement ; ses souvenirs sont radicalement exclus de la conscience ; tout se passera comme s'ils étaient détruits.

Cette doctrine obtenue, où l'on trouve les aphasies classiques, les centres classiques, et un lien original entre les images — extra-cérébrales — et le cerveau, Bergson s'en est écarté pour glisser à une conception beaucoup plus vague, où l'aphasie n'est plus, en réponse à des lésions diverses, variables, diffuses, que l'affaiblissement, jamais l'abolition du rappel des souvenirs. C'était, avant Pitres, l'aphasie amnésique.

Il ne semble pas que Pitres ait lu Matière et Mémoire. S'il a ignoré Bernheim, Bergson, et négligé Marie, s'il est resté fidèle à Broca, son œuvre n'a que l'intérêt de la réaction ou de l'immobilité dans la marche en avant. Nous allons voir qu'il n'en est pas ainsi et que, de Broca-Wernicke à Bergson-Marie, l'œuvre de Pitres est une forme de passage.

Principaux travaux de Pitres sur la question

Localisations cérébrales. Thèse sur le centre ovale (1877) et notes préliminaires. Mémoires avec Charcot, avec Franck. La physiologie du cerveau, avec Franck, dans le dictionnaire de Dechambre (1886). Le livre sur les centres moteurs (1895). Intervention à l'Académie en 1901 à propos d'un discours de Dieulafoy sur la faillite des localisations.

Aphasie motrice. Le rapport au Congrès de Lyon (1894) sur l'aphasie sous-corticale (Les travaux d'Abadie sur les localisations dans la capsule interne). L'agraphie, dans la Revue de Médecine de 1884 et au Congrès de 1894.

L'aphasie amnésique, leçons recueillies par Abadie en 1898.

La paraphasie, Revue de médecine, 1899, et auparavant, en 1895, l'*aphasie chez les polyglottes.*

L'aphasie chez les hystériques, dans les deux gros volumes sur l'hystérie de 1891-92.

L'amnésie continue, Revue de médecine de 1913.

Associons à son œuvre la thèse de Fischer (1887) sur le rappel de la parole chez les aphasiques et celle de Pascal sur l'aphasie motrice insulaire en 1890.

I. Les localisations cérébrales. — La doctrine avait mal débuté, par la localisation de fonctions intellectuelles, le langage notamment. Aussi l'opposition avait-elle beau jeu à soutenir : pas de localisation du langage dans les lobes frontaux, en F_3.

Vint, en 1870, la découverte d'Hitzig : existence certaine de nombreux centres moteurs dans le cerveau. Pitres fut, dès 1875, un des introducteurs et des fondateurs français de la nouvelle doctrine. On sait quelle forme elle prit avec Hitzig, avec Bastian : ce qui s'éveille dans les centres moteurs sous l'action des objets, de la volonté, de l'électricité, ce sont des images motrices, et cette conscience motrice aboutit, sauf obstacle, à des mouvements. D'autres, Bechterew, distinguaient autour de la scissure de Rolando, des centres moteurs dans la frontale ascendante et des centres sensitifs dans la pariétale ascendante. Ferrier ne voulait connaître, dans la région de Rolando, que des centres moteurs. Pitres suivit Ferrier ; pour lui, la scissure de Rolando est bordée, en avant et en arrière, par des centres qui ne sont que moteurs et n'ont rien de sensitif. La lésion de la pariétale ascendante comme celle de la frontale ascendante cause une hémiplégie toute motrice. Si une anesthésie s'en mêle, il faut chercher sa raison ailleurs, peut-être dans de l'hystérie. Pitres s'orientait donc vers une théorie motrice de l'écorce cérébrale.

Il n'obéit pas à cette tendance, et loin de concevoir un cerveau purement moteur, loin de préparer Bergson, il admit pleinement l'existence de centres sensoriels et de centres d'images, images orales en F_3, images visuelles des mots dans le pli courbe, images auditives en T_1. Si, disait-il, lors d'une destruction de T_1, c'est-à-dire de destruction des images auditives, il peut n'y avoir pas de surdité verbale, c'est grâce à l'action de suppléance de F_3 et des images motrices : le malade entend, et si, T_1 étant détruit, ses images auditives ne s'éveillent pas, au moins ses images motrices s'éveillent-elles en F_3 intact, et le malade, ayant entendu, peut, automatiquement, plus ou moins répéter ; s'il répète, il comprend, grâce à ses images motrices, ce que la perte de ses images auditives l'empêchait de comprendre d'emblée.

Telle est la part de Pitres localisateur : une part d'expérimentateur dans l'histoire des localisations rolandiques, la croyance entière en la localisation corticale des sensations et des images, et la vague prescience d'une doctrine toute motrice de l'écorce cérébrale.

II. L'aphasie motrice. — 1° *Le centre de Broca.* Pitres respecte scrupuleusement la doctrine de Broca : l'aphasie maladie men-

tale par destruction du pied de F_3. On sait comment, en 1906-8, cette thèse fut attaquée et défendue. Marie : la lésion de l'anarthrie dite aphasie motrice n'a rien à voir avec la 3e frontale : elle est due à des lésions plus reculées, lenticulaires peut-être. Déjerine : les lésions « lenticulaires » fusent en haut et en avant, elles coupent la racine d'insertion du pied de F_3 ; le pied de F_3 fait partie du « quadrilatère » de Marie.

Pitres, en 1877, trente ans à l'avance, a très bien formulé cette attaque et défense du centre de Broca : « On se plaît, dit-il, à décrire des aphasies motrices pariétales, insulaires, lenticulaires ; on allonge ainsi la liste des observations tronquées qu'on oppose avec complaisance à la vérité. La vérité, la voici : le pied de F_3 s'insère sur le centre ovale, au-dessus de la capsule externe, au-dessus du noyau lenticulaire. Dès lors, une lésion lenticulaire, insulaire, fusant en haut et en avant, coupera l'insertion du pied de F_3 sur le centre ovale et déterminera ainsi l'aphasie motrice. Les aphasies motrices dites insulaires sont donc bien des aphasies motrices par lésion du pied de F_3. »

Pitres connaissait ce qu'on avait opposé, dès le premier jour, à Broca ; il savait, Broca ne l'a su qu'à peine et à regret, que le pied de la frontale ascendante contient, tout près du pied de F_3, les centres de la phonation ; il ne dit rien de l'aphasie et du centre de Broca dans ses articles et dans son livre sur les localisations ; et il maintient pourtant, intégralement, la doctrine qu'il pourrait, sans grand effort, dépasser.

Un témoin de son enseignement, Pascal, dans sa thèse de 1890 sur les aphasies insulaires, reconnaîtra qu'elles peuvent être motrices par lésion insulaire et avec intégrité de F_3 ; mais il affirmera quand même la certitude et la perfection de la localisation de Broca.

2° *L'anarthrie* (au Congrès de Lyon, 1894). Dans la maladie du langage par destruction de F_3, Pitres a toujours vu une maladie mentale par perte d'images verbales et non quelque chose de mécanique, de paralytique, de dysarthrique. Il s'est fait la même conception de l'aphasie prétendue insulaire par section de la racine de F3 dans le centre ovale. Alors le pied de F_3 n'est pas détruit, et les images kinesthésiques orales subsistent ; mais le pied de F_3 et ses images, isolés, coupés du reste, ne peuvent plus agir et se manifester ; tout se passe comme si les images orales étaient détruites.

Bergson soutiendra, en 1896, quelque chose d'analogue : Voici un pli courbe intact ; les souvenirs visuels, inconscients, peuvent l'inciter à organiser des actions ; mais ce pli courbe ne peut plus

agir sur le cuneus, car le cuneus est détruit, ou pli courbe et cuneus sont séparés ; le pli courbe et les souvenirs visuels ne peuvent plus intervenir dans la perception visuelle des objets, il se réalise une cécité psychique, les images visuelles ne répondent plus à l'appel des objets, tout se passe comme si elles étaient détruites. Mais Bergson, nous n'avons pas à le répéter, ne localisera pas les images visuelles dans le pli courbe ; qu'il soit isolé ou détruit, elles sont intactes.

Pitres ne pressentira pas les faits favorables à Bergson. Que l'aphasie motrice, disait Pitres, soit corticale ou sous-corticale, qu'elle se fasse par destruction ou par isolement du pied de F_3, et la même perte d'images suivra. Non, diront bientôt les faits, disait déjà un cas de Bastian ; on peut avoir une aphasie motrice *pure*, avec conservation des images orales, malgré la destruction du pied de F_3.

Tenant ferme pour Broca, Pitres réduisait pourtant une certaine aphasie motrice à n'être qu'une anarthrie. On décrivait, dans le genou de la capsule interne, trois intéressants faisceaux : le faisceau géniculé (de la frontale ascendante aux noyaux moteurs de la face), le faisceau intellectuel, et le faisceau du langage (de F_3 aux noyaux moteurs). Pitres a supprimé ce dernier, et, consciemment « hérétique », disait-il, il a soutenu que les aphasies de la capsule interne, du centre ovale, ne sont que des anarthries, des troubles mécaniques, peut-être paralytiques du langage.

Bref, pas de salut hors de l'identité aphasie motrice $\equiv$ destruction ou impuissance des images motrices $\equiv$ destruction ou isolement du pied de F_3 ; les soi-disant aphasies motrices insulaires ou lenticulaires sont dues à l'isolement du pied de F_3 ; les prétendues aphasies capsulaires sont des anarthries.

Nous avons vu quelle conscience avait Pitres, en 1876 et en 1894, des difficultés qui mettront aux prises, en 1906, deux écoles. quoi, en 1906, Pitres s'est-il tenu à l'écart ?

3° *L'agraphie* (1884 et 1894). Marcé avait inutilement dit, en 1856, que l'écriture a un centre coordinateur distinct et qu'elle peut être isolément perdue. On ne l'avait pas suivi. On disait : toute aphasie frappe également l'écriture et la parole.

Pitres croit à l'indépendance relative des mémoires et de leurs troubles, et il présente son cas d'agraphie pure : perte complète et isolée de l'écriture de la main droite ; cette main accomplit normalement tout autre acte ; écriture convenable de la main gauche ; pas d'autre trouble du langage. L'agraphie de l'aphasie motrice ou de la cécité verbale, précise-t-il, est un syndrome bien diffé-

rent. Cherchant le nécessaire centre de cette agraphie, il se demande, après Exner, si ce n'est pas le pied de F_2.

Bastian, puis Déjerine, refusèrent de suivre Pitres ; pour eux son malade avait une agraphie d'origine sensorielle ; il était, en effet, hémianopsique.

Le cas de Pitres a gardé son prestige. Delay (1942) le retient tout entier : agraphie pure, motrice, unilatérale, apraxie limitée à une main et à un acte de cette main ; nécessité d'un centre particulier ; oubli, par un hémisphère, de ce dont l'autre se souvient. Le cas de Pitres, toujours unique, est donc sauf. Il n'a manqué à la description du maître bordelais que le mot « apraxie ».

III. L'aphasie amnésique. — Après avoir négligé l'aphasie amnésique de Pitres comme aspect fruste ou reste banal d'aphasie motrice ou de surdité verbale, on a été tenté d'en faire l'aphasie par excellence : l'essentiel de l'aphasie serait l'affaiblissement de la fonction évocatrice des mots ; la destruction de plus en plus complète d'une vaste et vague zone du langage déterminerait une difficulté croissante d'évoquer les mots, leurs souvenirs devenant, à l'extrême de la maladie, asymptotiquement inévocables, sans être pour cela détruits.

Nous avons vu, à ce sujet, le glissement de la pensée de Bergson. D'abord des aphasies motrices et sensorielles, multiples et précises ; puis (quelle que soit la lésion), le simple affaiblissement de la fonction évocatrice comme s'il n'y avait plus destruction d'une ou plusieurs fonctions verbales par destruction d'un ou plusieurs centres. Bergson s'appuie, en 96, sur une aphasie qui va être, en 98, l'aphasie amnésique de Pitres. Elle avait été, il y avait plus de cinquante ans, l'aphasie amnésique de Lordat.

Pitres n'a pas lu Bergson. S'il avait écrit avant Bergson, que lui aurait-il appris ? Pitres, nous le savons, n'est nullement parti en guerre contre les quatre aphasies, les quatre centres, les aphasies d'association, les lésions inter-nucléaires, la gravure des images dans les centres, leur destruction ou leur inertie. Ce qu'il a voulu, c'est ajouter à toutes les aphasies établies deux entités nouvelles : l'aphasie amnésique et la paraphasie.

Depuis le succès des aphasies motrices et sensorielles, dit-il, on a oublié la vieille distinction de Lordat : les aphasies amnésiques et les aphasies asynergiques. Il faut y revenir et admettre une aphasie faite de la difficulté d'évoquer les mots. On observe cette difficulté, sans doute, dans l'aphasie motrice et la surdité verbale ; l'intéressant est son existence à l'état pur. Le mot, conservé, présent mais inconscient, se dérobe, d'où le mutisme, des lacunes verbales, de la paraphasie.

On a dit que les mots inévoqués sont surtout les substantifs, le malade étant d'abord incapable de nommer les objets, ceux qu'il évoque ou ceux qu'il voit, touche, manie. C'est loin d'être toujours vrai, et, à côté de cette « antonomasie », ou inévocation des noms, il y a « l'akataphasie »; ou langage nègre, télégraphique, sans flexions, sans syntaxe, sans verbes, surtout riche en noms.

Qu'on offre au sujet le mot rebelle, et celui-ci est aussitôt capté, compris, répété, utilisé, placé, avec tout son cortège d'images... et aussitôt oublié.

Le malade peut lui-même, grâce à divers procédés spontanés, obtenir que le mot se mette à sa disposition ; il peut profiter d'une émotion, d'un rêve, d'un délire, d'une intoxication passagère pour obtenir le mot qui se refusait à son effort réfléchi ; sa plume trouvera peut-être ce que ne trouvaient pas ses lèvres ; la vue de l'objet, son contact lui rappellera parfois son nom, bien que, très souvent, l'aphasie amnésique soit l'impuissance à nommer l'objet présent ; il peut chercher et découvrir des yeux dans un texte le mot qu'avait oublié sa voix ; il peut même, devant l'objet qui ne se laisse pas nommer, réussir, les yeux fermés, l'évocation du nom écrit ; il trouvera quelquefois en récitant ou chantant un texte familier ; il peut procéder par énumération, et, pour dire « 28 juillet », commencer par « 20 » et s'élever ainsi à « 28 », puis commencer par « janvier » et triompher sur « juillet »...

Ces succès sont occasionnels, le sujet reste souvent muet ou paraphasique, malgré la présence et le maniement de l'objet, malgré les automatismes, malgré les plus solides habitudes verbales et l'ambiance la plus heureuse... ; mais, qu'on lui souffle le mot et il le saisit au vol, le comprend, le place, le dit, l'utilise fort bien. Il l'oublie aussitôt.

La paraphasie peut se réduire à des lapsus; le malade peut aller jusqu'à dire « cirez mes bottes et marchez dessus » pour « tirez les rideaux de mon lit » ; il peut, ayant en mains l'objet le plus familier, sa montre par exemple, l'appeler « bougie » ou « béku » ; il peut tomber à un jargon où il n'y a de mots d'aucune langue. Il est souvent paraphasique en récitant, en chantant, en lisant, même sans cécité verbale. Il a parfois peu de paraphasie mentale pour une énorme paraphasie orale ; il lui arrive d'énoncer paraphasiquement les mots ou les nombres d'un texte ou d'un calcul qu'il conçoit, effectue, écrit correctement. Souvent inconscient de sa paraphasie, il ne parle pas mieux quand il en souffre et la combat.

Pitres isole avec soin son amnésique et son paraphasique. Ils

n'ont pas d'aphasie motrice, et l'aphasique moteur peut n'avoir ni paraphasie, ni dysmnésie d'évocation. Ils ont souvent conservé beaucoup de leur intelligence, et un dément peut n'avoir ni paraphasie ni amnésie verbale. Si le sourd verbal peut être amnésique et paraphasique, le paraphasique et l'amnésique peuvent n'avoir aucune surdité verbale. Il arrive enfin, risque Pitres, que le sourd verbal parle fort bien.

Cette interdépendance, ce compartimentage, Pitres se plaît à en varier les formes : interdépendance de la paraphasie, de la paralexie et de la paragraphie, de la parole spontanée, de la parole répétée et de la lecture à haute voix ; un seul de ces mécanismes pouvant être troublé, les autres restant saufs.

Son aphasie amnésique pure solidement établie en face de la surdité verbale, Pitres va annexer une partie de la surdité verbale à l'aphasie amnésique. Le prétendu sourd verbal ne comprend pas parce qu'il n'a plus de mémoire immédiate ; il oublie propositions, mots et phonèmes à mesure qu'ils passent ; s'il ne comprend pas, ce n'est pas par surdité ou cécité psychique, c'est par « apexie ». Ce peut être aussi par inattention, par inintelligence ; et l'incapacité de se débrouiller dans un alphabet sur cubes ou devant des mots anormalement écrits n'est pas toujours, il s'en faut, de la cécité verbale ; ce n'est parfois que de la démence.

Quel est le mécanisme de l'aphasie amnésique et des paraphasies ? Elles sont une inévocation d'images présentes et normales. Dans les aphasies de Pitres pures, les centres et leurs images sont normaux, et les images restent capables de « revivabilité, de reviviscence ». Pour qu'elles surgissent, il suffirait qu'elles soient évoquées grâce à l'action de neurones psychiques répartis dans toute l'écorce et convergeant sur le centre intéressé. Pitres va jusqu'à dire que les cellules des centres sensoriels et imaginatifs enregistrent les images qui leur viennent de la périphérie *par leur axone,* arrêtent en elles l'influx nerveux, ne le transmettent pas, et attendent, inertes ou vigilantes, en état de « revivabilité », qu'une « évocation » venue des centres « psychiques » rende l'image à la conscience.

Peut-on, demande Pitres, localiser ces aphasies ? Ce n'est pas absurde et on a imaginé une centre de l'antonomasie, un centre de l'akataphasie. Voici le plus probable :

a) *Aphasie amnésique.* — De la corticalité diffuse, du « psychisme », les influx ne parviennent plus ou guère aux centres sensoriels du langage. L'idée, présente, n'éveille plus le mot. On a une aphasie d'association inter-psycho-sensorielle.

b) *Paraphasie.* — Pensée, volition et images motrices sont nor-

males, le langage automatique est normal ; mais une lésion trouble l'action de la pensée sur les images motrices. C'est l'aphasie inter-psycho-motrice.

c) Les troubles isolés d'un automatisme tel que la récitation, la répétition, l'énumération, la lecture à haute voix semblent exiger des lésions internucléaires, entre les divers stocks d'images, entre T_1, ou le pli courbe, et F_3.

Ayant, par une lésion située entre une écorce « psychique » étalée et des centres d'images bien limités, interdit à la pensée d'évoquer les souvenirs, Pitres s'oppose une difficulté : la voie du psychisme supérieur aux centres d'images est coupée, et l'idée n'évoque plus le mot, le malade ne peut plus nommer l'objet ; mais ce malade n'est pas sourd verbal ; qu'on lui dise le mot et il le reconnaîtra fort bien. Si l'idée n'éveille pas le mot, le mot éveille l'idée ; si la voie descendant de l'écorce psychique aux centres d'images est coupée, la voie montante est intacte. Cela, conclut Pitres, « n'a rien d'absolument invraisemblable, mais ne satisfait pas complètement ».

L'APHASIE DES POLYGLOTTES. — De deux langues, la plus familière est sauve, la plus laborieusement apprise est perdue. Cette aphasie partielle est une amnésie de Pitres, une inévocation de souvenirs conservés. Devant le polyglotte qui a gardé le français, on écrit Cuore, Horse, Corazon, Felicita, Heart... Il ne reconnaît rien. On dit « Cœur », et il pointe aussitôt les mots voulus. Par instants il revoit en lui des fragments du langage perdu ; il les oublie aussitôt ; ils pourront capricieusement revenir. Il décide de réapprendre : ce qui fut acquis en plusieurs années, et vient d'être perdu en un instant, sera réappris en quelques semaines. Comment ? Par remémoration et non par recommencement ; par remise ou rappel au jour et non par reconstruction. Il ne s'agit pas de faire, à partir de zéro, de nouveaux souvenirs à la place des anciens, mais de rendre à nouveau évocables les vieux souvenirs conservés.

Et la localisation ? Pitres fait l'effort de rejeter la théorie qui offre un morceau de F_3 au français et un autre à l'anglais, car il faudrait, dit-il, découper de même le pli courbe, T_1... Il y a, maintient-il, des centres d'images verbales, visuelles, auditives, motrices ; mais c'est le même pli courbe qui assure la lecture de toutes les langues apprises, sans que *horse* et *cheval* aient à s'y localiser l'un ici l'autre là, et sans que Pitres demande comment, dans la même image cérébrale, puisque image il y a, se distingueront *cheval* et *horse*.

Dans l'aphasie amnésique du polyglotte, pas de destruction du centre qui permet, à lui seul, la lecture des trois ou quatre langues apprises, du centre unique qui assure l'émission des quatre ; mais ce centre, ce mécanisme à tout faire est en état d'inertie. Assez actif ou assez excité pour que le sujet s'élève à la compréhension de *cheval,* il ne l'est pas assez pour permettre celle de *horse.* — Qu'arrive-t-il si le centre est détruit ? Les images sont alors détruites à jamais, le sujet perd toutes les langues apprises et il ne pourra plus les refaire ; il perd à la fois et pour toujours l'évocation, la revivabilité et même le terrain d'images nouvelles, il ne pourra plus remémorer ni réapprendre.

L'aphasie des polyglottes de Pitres est antérieure à son Aphasie amnésique et à Matière et Mémoire.

L'aphasie hystérique. — Pitres connaissait la thèse de Janet ; l'hystérique a — sans le savoir — gardé intactes sa motilité, sa vue, sa mémoire, sa parole. Pitres avait noté, peut-être le premier, que l'hystérique analgésique a, quand même, de la dilatation pupillaire lorsqu'on le pince ; il avait contribué à établir que l'hystérique amaurotique y voit ; aveugle de l'œil gauche, il voit de cet œil (on le prouve) quand il a les deux yeux ouverts, il voit de l'œil gauche quand il croit regarder du droit ; mais, qu'il ouvre le seul œil gauche et il est bel et bien aveugle, comme après section du nerf optique. Contre Janet, contre Babinski, Pitres maintient que l'hystérie n'est pas de la simulation ni du pithiatisme, qu'elle est loin de n'être que de la suggestion et de n'être que psychologique, mais que, maladie mentale, elle est peut-être organique, peut-être infra-corticale, et même « basilaire ».

Pitres connaît les aphasies hystériques, la cécité verbale, la surdité verbale, l'hémianopsie hystérique. Il a une malade de cours à qui suggérer l'alexie. Il connaît bien les amnésies, hystériques et autres, et il revendique l'une d'elles, « l'ecmnésie » ; et pourtant il n'insiste jamais sur l'aphasie hystérique, il semble douter du parallélisme entre les aphasies suggérées, hystériques et organiques ; il ne parle nulle part d'une inertie hystérique des centres du langage.

L'amnésie continue. — Le malade qui en est atteint se sert de ses vieux souvenirs, mais, à partir d'une certaine date, il ne fixe plus rien et ne retrouve rien, pas même les événements récents qui l'ont le plus frappé. Or, des malades de Korsakoff, les malades de Janet, qui ont bien, quand ils travaillent à les chercher, perdu leurs souvenirs récents, les retrouvent dans la distraction, l'hypnose, le rêve... la guérison. Ces souvenirs, inévocables, sont présents.

Malgré ces faits, malgré son Aphasie amnésique, Pitres va insister, en 1913, sur un cas d'amnésie continue antithétique de ceux de Janet. Le malade de Mabille et Pitres avait une apexie totale et entière ; non seulement il était incapable d'évocation, mais les faits qui passaient devant lui n'avaient aucune « revivabilité », ils n'étaient pas enregistrés, aucune image cérébrale ne s'en formait. Aucun procédé ne pouvait donc les évoquer.

Lésion précise, deux lacunes creusant les deux lobes frontaux.

Devant ce fait et cette lésion, Pitres soutient une thèse toute organiciste : les souvenirs se fixent sans doute dans le pli courbe, dans la 1re temporale, mais ils subissent auparavant une élaboration dans le lobe frontal. Le lobe frontal les capte le premier, les travaille, les associe par exemple, puis les envoie dans les centres classiques, où ils sont enregistrés.

Tels sont, à ma connaissance, les *ultima verba* de Pitres sur l'aphasie et la mémoire. On ne pouvait pas rester plus fidèle aux images et à leur localisation. Toute sa vie, il a soutenu, malgré tout, la doctrine classique : les quatre centres d'images, les quatre aphasies nucléaires, les faisceaux et les aphasies internucléaires. C'est pour perfectionner l'œuvre des maîtres qu'il lui ajoute trois compléments : 1° Son amnésique continu, d'après qui les images cérébrales subiraient une élaboration dans les lobes frontaux avant de s'accumuler dans leurs centres respectifs ; 2° Son agraphique pur qui illustre la thèse des mémoires multiples les plus distinctes, les plus compartimentées, les plus localisées. 3° Son aphasie amnésique et ses paraphasies dans lesquelles on voit les centres d'images intacts, et les images, intactes, ne plus fonctionner et ne plus être évoquées, du fait de lésions susnucléaires.

Ayant parachevé l'édifice, il le défend, il le défend contre les attaques de toujours et contre les futures attaques de Marie : Les prétendues aphasies motrices sans lésion du centre de Broca sont, ou des anarthries et non des aphasies, ou des aphasies par isolement du centre de Broca, par section de sa racine dans le centre ovale. Ou détruit ou isolé, le pied de F_3 est toujours, uniquement et seul, le centre des images orales et de l'aphasie motrice.

Et les lésions des centres classiques sans aphasie ? Pitres n'en a considéré qu'une, la destruction de la 1re temporale sans surdité verbale : le sujet entend, mais, ayant perdu, avec T_1, ses images auditives, il ne doit pas comprendre, il ne comprend pas ; mais sa 3e frontale étant intacte, il peut, ayant entendu, automatiquement répéter et, grâce à cette sourde répétition motrice de ce qu'il entend, le comprendre.

Conservateur comme si tout ce qu'il contribue à codifier était

d'une évidence cartésienne, il a pourtant plusieurs élans dans le nouveau, « l'hérésie », le futur, et nous avons vu ce deuxième aspect de son œuvre, ses découvertes d'idées nouvelles :

Il a pressenti une théorie purement motrice du cerveau, agent de nos seuls mouvements, étranger à nos sensations, le cerveau bergsonien.

Il a formulé, dans son attaque et sa défense du centre de Broca, trente ans à l'avance, l'essentiel de la thèse de Marie : négation du rôle de F_3, substitution de l'anarthrie, c'est-à-dire d'un trouble mécanique, à l'aphasie, trouble intellectuel.

Nous l'avons vu sur la voie de la négation des images cérébrales. Chez son polyglotte, le même centre, les mêmes neurones assurent la possession de toutes les langues apprises ; et, dans l'aphasie partielle des polyglottes, le même centre, le même neurone, assez actif pour permettre le mot français, ne l'est plus assez pour le latin.

Même cheminement vers l'idée neuve dans son aphasie amnésique : les souvenirs que les lésions semblent avoir détruits existent toujours, présents, mais inévocables. Un pas de plus, et Pitres découvrait que la destruction de n'importe quel centre ne détruit pas de souvenirs, et qu'il n'y a pas d'images cérébrales. Il manquait de peu cette idée au moment où Bergson la formulait. Faut-il le blâmer de n'avoir eu que de courts élans vers de nouvelles lumières et de n'avoir pas dominé, synthétisé ses deux points de vue de localisateur et de négateur d'images ? Non, car nous savons l'embarras de Bergson devant ces deux systèmes d'idées, car nous pourrions les voir assez mal comprises par Marie, car nous les retrouverions côte à côte et assez mal à l'aise dans les ouvrages les plus récents. Aux confins du physique et du psychique nous devons peut-être, comme le physicien au bout de son voyage, faire appel à des concepts qu'on dira tour à tour contradictoires ou complémentaires. Dans des travaux qu'il faut toujours consulter et citer, Pitres s'est essayé, peut-être le premier, à de nouvelles manières de penser les faits ; s'il a échoué, et si « sa flamme, impuissante à partir », est toujours retournée à l'ancien foyer, ne lui reprochons pas d'avoir mal manié, il y a cinquante ans, des concepts que les esprits les plus informés n'ont pas encore harmonisés.

REMARQUES SUR 120 EXPERTISES PSYCHIATRIQUES POUR LA COUR DE JUSTICE

PAR

André CEILLIER

Un nouveau chapitre de psychiatrie médico-légale vient de s'ouvrir avec la création des Cours de Justice et les délits ou crimes qui en relèvent. On ne saurait assimiler ceux-ci à ceux de droit criminel que jugent les Tribunaux correctionnels ou les Cours d'Assises, ni aux délits politiques du temps de paix, ni même aux crimes commis dans les guerres précédentes, par exemple en 1914-18.

Certes, pendant celle-ci, il y a eu des défaitistes, des traîtres, des espions, des profiteurs, mais en tout petit nombre et pas pour les mêmes raisons. Les circonstances et l'ambiance étaient tout à fait spéciales et ce serait ne rien comprendre à cette criminalité d'un ordre nouveau que de les ignorer.

Le malaise politique qui régnait en France avant la guerre, allant jusqu'à la haine de la République pour quelques-uns, l'esprit de Munich, c'est-à-dire l'esprit d'abandon devant les exigences progressives de l'Allemagne, la « drôle de guerre », puis une série d'événements extraordinaires : l'avance foudroyante de l'ennemi, la bataille de France perdue, l'Armistice de juin 1940, le culte porté par beaucoup au Maréchal Pétain, son adhésion au principe de la collaboration, les promesses fallacieuses des Allemands, leurs victoires jusqu'au début de 1943, le mythe de leur invincibilité, les bombardements alliés (savamment exploités), l'intrication d'une espèce de guerre civile à la guerre étrangère, la passion partisane contre le communisme, les Juifs, les Anglais, la violence, le parti-pris, les mensonges d'une propagande vichyssoise intense ont égaré bien des individus faibles, débiles, sans volonté ou sans courage, exalté des esprits faux, déséquilibrés, ou, plus simplement encore, favorisé certains égoïsmes, certains appétits certaines vengeances.

Au cours de mes expertises, j'ai recherché, chez tous les inculpés, les causes psychologiques qui les avaient fait agir. Cette enquête psychologique débordant le cadre habituel des expertises a eu surtout pour but (je le confesse) de satisfaire ma curiosité personnelle. Le plus souvent, je n'ai même pas mentionné, dans mes rapports, cette enquête psychologique, car elle dépassait les limites de ma mission, mais elle n'a pas été inutile pour le présent travail et elle m'a permis d'apprécier l'importance réciproque des principaux facteurs psychologiques.

*
**

Une remarque essentielle s'impose dès le début : c'est qu'il est impossible de faire l'étude de tous les inculpés considérés comme formant un bloc et qu'il faut les diviser en plusieurs groupes.

En psychiatrie médico-légale criminelle, cette division est faite judiciairement par le motif de l'inculpation, et, tout naturellement, l'expert étudiera à part les attentats aux mœurs, les vols, les meurtres, etc...

Cela n'est pas possible pour la Cour de Justice, car l'inculpation n'est motivée qu'en termes généraux et imprécis, tels que « infraction à l'art. 75 du code pénal, atteinte à la sûreté extérieure de l'Etat, intelligence avec l'ennemi ».

Il faut donc procéder à une classification et je propose la suivante comme étant la plus naturelle, à savoir :

1° les sympathisants (ceux qui ont eu une attitude ou ont tenu des propos collaborateurs) ;
2° les dénonciateurs ;
3° les collaborateurs et les propagandistes ;
4° les engagés ;
5° les espions et les policiers ;
6° les trafiquants avec l'ennemi ;
7° les faux policiers.

J'ajoute que mon étude ne porte que sur les inculpés qui ont été soumis à une expertise psychiatrique, c'est-à-dire qui étaient présumés — à tort ou à raison — présenter des troubles psychiques.

I. — Les sympathisants

Ceux qui ont eu une attitude ou tenu des propos collaborateurs

C'est la catégorie la moins grave des différents délits que j'aurai à examiner. On reproche aux inculpés d'avoir tenu des

propos anti-alliés, anti-communistes, anti-juifs, ou, au contraire, pro-allemands, envisageant avec ferveur la collaboration, croyant à la victoire allemande et la souhaitant, prônant l' « Europe Nouvelle », le régime nazi et conformant plus ou moins leur conduite à leurs idées.

Nous avons tous connu des individus de ce genre et la plupart ont été plus ou moins rapides à retourner leur veste dès que la victoire des alliés est devenue possible, probable, certaine ou accomplie.

Si l'on avait arrêté tous ceux dont la conduite et les propos ont été un affront pour l'honneur national, il aurait fallu décupler les prisons. Aussi ai-je très nettement l'impression que les arrestations ont été faites en nombre relativement très limité et souvent moins d'après la gravité de la faute que d'après l'acharnement des plaignants. J'ai aussi l'impression que ces cas sont beaucoup plus fréquents en province, dans les petites villes et les villages, pour des raisons évidentes.

Je n'en ai que 12 cas, ce qui est peu. Les femmes y sont presque à égalité avec les hommes, cinq contre sept. Deux étaient des aliénés : paralysie générale (simple coïncidence) et excitation maniaque.

Trois seulement n'avaient aucune tare mentale et leur responsabilité était entière. Sept ont bénéficié d'une responsabilité atténuée : 2 pour léger affaiblissement intellectuel par artériosclérose cérébrale dont 1 avec hémiplégie, 2 pour débilité mentale, 3 pour déséquilibre émotif (2 cyclothymies et 1 maladie de Basedow).

Au point de vue psychologique, ce qui m'a le plus frappé, c'est qu'en général les inculpés ont agi moins par conviction profonde que par bêtise, légèreté, imprudence, émotion excessive au moment des bombardements. Aussi, n'est-il pas étonnant de voir que les deux tiers des sujets expertisés ont une excuse psychiatrique à cause de leur débilité, de leur léger affaiblissement intellectuel ou de leur déséquilibre émotif.

II. — Les dénonciateurs

Ce groupe est beaucoup plus intéressant au point de vue psychiatrique. J'en ai vu 32 cas. Quatre ont été internés, et ceux-ci étaient tous atteints de délire de persécution. Dans un cas de psychose hallucinatoire chronique, il m'a paru s'agir d'une coïncidence. Dans deux autres cas, il y avait un rapport étroit entre le délire hallucinatoire et la dénonciation, les malades ayant dénoncé leurs persécuteurs imaginaires comme com-

munistes ou francs-maçons. Enfin un jeune homme, paranoïaque typique, ayant fait un délire d'interprétation, a dénoncé des camarades de la Résistance, croyant être leur victime.

Sur 32 dénonciateurs, je n'en ai observé que 4 qui avaient agi uniquement par conviction. C'étaient tous les 4 des fanatiques.

Dans tous les autres cas, les motifs les plus souvent rencontrés étaient les suivants : vengeance = 14 (dont 6 à caractère passionnel et 2 à caractère prédominant de perversité) ; intérêt = 5 ; idées délirantes = 3 ; maladresse = 1 ; scrupule de conscience = 1 ; cas mal définis = 4.

Les femmes y sont en forte proportion, 13 contre 19, ce qui est très supérieur à la moyenne habituelle de 1 ou 2 femmes prévenues pour 10 hommes.

Il y a souvent un lien de parenté entre le dénonciateur et sa victime. Deux fois l'individu dénoncé était le mari ; deux fois l'amant ; une fois la belle-mère ; une fois le fils ; une fois la femme.

Presque toujours il y a relation de voisinage ou de travail. Treize fois il s'agissait de voisins d'immeuble. Quatre fois de camarades d'atelier. Deux fois de camarades de la Résistance. Trois fois de travailleurs en Allemagne.

Bref, la dénonciation n'épargne ni la famille, ni le voisinage, ni les camarades, mais y fleurit.

Le motif le plus important est la vengeance. Deux femmes se sont vengées de leur amant, l'une en prétendant qu'il avait tué un officier allemand (ce qui était faux) ; l'autre qu'il avait volé du cuivre (ce qui était vrai). Deux femmes ont dénoncé leur mari comme étant Juif (vieux règlements de comptes). Un jeune homme très débile a dénoncé sa mère qui avait chez elle un revolver et s'est réjoui de sa condamnation. Dans un cas pitoyable, il s'agissait d'une malheureuse jeune femme, véritable souffre-douleur d'une belle-mère acariâtre, qui a trouvé une occasion inespérée de se venger en la dénonçant comme communiste (j'ai pu obtenir un non-lieu sans l'interner). Certaines de ces dénonciations ont été tragiques, tel ce père ivrogne et brutal qui a dénoncé sa femme et son fils et les a forcés à prendre le Maquis où le fils a été tué.

Dans la majorité des cas, il s'agit de vengeance entre voisins à la suite de rivalités, de cancans, de jalousies, de persécutions réelles. Parfois, l'inculpé est débile et, presque toujours, il présente un caractère acariâtre, méfiant, jaloux, réalisant plus ou moins la constitution paranoïaque. Mais, à mon avis, c'est un tort de les interner, car il s'agit d'un état constitutionnel, non délirant, où prédominent les troubles du caractère. Lorsque ces

sujets sont internés, le médecin de l'asile où ils sont placés se trouve dans un grand embarras. Doit-il refuser l'admission ? Ce serait contraire à la prudence et aux obligations déontologiques. Il est préférable d'attendre la quinzaine. Si, à ce moment, l'opinion du médecin traitant est que l'individu n'est pas aliéné, il doit le faire sortir, mais en agissant de telle sorte qu'il ne puisse jamais froisser l'expert précédemment commis.

Dans ces cas l'affaire risque d'être reprise par le Tribunal. Bref, l'internement, s'il n'est pas entièrement justifié, peut devenir une source de difficutés inextricables.

Après la vengeance, c'est l'intérêt qui entre le plus souvent en cause. Deux ouvriers sont devenus des dénonciateurs d'usine à la solde de la police pour éviter eux-mêmes d'être arrêtés après avoir commis des vols. En Allemagne, des travailleurs et des prisonniers ont eu à choisir, après un délit quelconque, entre une condamnation sévère et la fonction de « mouchard » et ont préféré celle-ci.

Deux inculpés ont agi par intérêt commercial en dénonçant comme juifs ou communistes des commerçants rivaux.

Deux autres ont signalé des juifs, non pas pour nuire à ceux-ci, mais pour créer des difficultés aux patrons qui les employaient. C'est ce qu'on pourrait appeler la dénonciation indirecte.

Bref, on trouve presque toujours, à la base de ces dénonciations, des mobiles psychologiques du caractère le plus bas : vengeance, perversité, intérêt, trahison. Je rappelle que quatre seulement de mes dénonciateurs ont agi par conviction, c'est-à-dire 1 sur 8.

La moitié environ sont entièrement responsables, mais certains sont de gros débiles, des déséquilibrés émotifs, des épileptiques, des vieillards affaiblis, des paranoïaques dont la solution médico-légale est un cas d'espèce.

Un seul de ces dénonciateurs a agi pour des motifs élevés et son cas mérite d'être rapporté.

C'est un homme de 45 ans, licencié en philosophie, précepteur auprès d'un jeune homme sur lequel il avait une direction morale. Celui-ci était à la veille d'exécuter un plan longuement préparé pour passer en Angleterre rejoindre le général de Gaulle. Notre précepteur fit en vain tous ses efforts pour l'en dissuader. Enfin, après des débats de conscience très pénibles, il s'est décidé à faire arrêter son élève par la police française, estimant que c'était son devoir, étant donné la charge morale qui lui avait été confiée sur ce jeune homme. Ce précepteur était un grand épileptique avec des troubles psychiques tels qu'on en observe non seulement dans la psychasthénie, mais

aussi dans l'épilepsie, en particulier de la bradypsychie avec impulsivité, esprit tâtillon, méticuleux, très scrupuleux. J'ai conclu à une très large atténuation de sa responsabilité et je crois savoir qu'il a été acquitté.

III. — Les collaborateurs et les propagandistes

Nous envisageons dans ce chapitre les cas d'une collaboration active, plus ou moins grande, mais toujours agissante et les cas de propagande.

Cette collaboration et cette propagande revêtent les formes les plus diverses : collaboration gouvernementale, politique, administrative, militaire, diplomatique, propagande par la Presse et par le Livre, la Radio, le Cinéma ; propagande pour le recrutement des ouvriers en Allemagne, etc...

L'immense majorité de ces grands collaborateurs ou propagandistes jouissent de toute évidence de l'intégrité de leurs facultés mentales, ou tout au moins en jouissaient au moment des faits, car j'en ai observé deux qui étaient fort âgés et qui commençaient à présenter un certain affaiblissement intellectuel, mais nettement postérieur à leur activité collaborationniste.

Je n'ai vu, jusqu'ici, que deux cas relevant de la Haute-Cour, mais je ne les ai pas comptés dans ma statistique. Sur les 15 collaborateurs relevant de la simple Cour de Justice, je n'ai pas trouvé un seul aliéné et 6 seulement ont bénéficié d'une responsabilité atténuée.

La plupart m'ont paru convaincus, voire même fanatiques.

Chez deux d'entre eux, l'orgueil et la vanité m'ont paru l'emporter sur la conviction. L'un d'eux était un des paranoïaques les plus follement vaniteux que j'aie jamais vus et qui a intrigué dans les coulisses de la diplomatie secrète et de la collaboration surtout par orgueil et avec le désir de jouer un rôle. Un jeune homme intelligent, mais très déséquilibré, pervers et orgueilleux, a essayé de fonder un parti et un journal pour les mêmes raisons.

Dans plusieurs cas, le facteur psychologique principal a été la débilité mentale, l'esprit primaire, la pauvreté du jugement. C'est en termes touchants de puérilité que certains individus proclamaient leur adoration pour l'Allemagne, la nécessité d'une entente franco-allemande sur un pied de parfaite égalité (*sic*) et autres fadaises du même acabit, ou qu'ils proposaient des solutions enfantines pour résoudre les plus graves problèmes économiques et sociaux.

Enfin, dans quelques cas, les convictions étaient modérées, voire douteuses, mais il y avait un but utilitaire. Un dessinateur

de grand talent, victime d'un grave traumatisme cranien avec troubles subjectifs, fracture du canal optique, menace de cécité totale, a consenti à faire des dessins animés de propagande, moyennant des cachets astronomiques. Plusieurs entreprises n'ont pu subsister qu'en collaborant avec Vichy, c'est-à-dire avec les Allemands.

Dans l'ensemble, ce chapitre des propagandistes n'offre guère d'intérêt psychiatrique, mais j'ai vu cependant 2 cas qui méritent d'être rapportés :

1° Le premier rentre très exactement dans la catégorie des « idéalistes passionnés ». C'est un autodidacte, assez intelligent, mais naïf et passionné. Il a conçu tout un système économique assez absurde, amenant le bonheur universel avec un minimum d'effort. D'après son système, un travail obligatoire de cinq ans assure le minimum vital pour tout le reste de l'existence et, désormais, le travail supplémentaire ne sert plus qu'à satisfaire le confort et le superflu. Depuis 1934, il préparait une petite brochure, et celle-ci était terminée en 1941. Ayant eu le désir de l'imprimer, il n'a pu en obtenir l'autorisation qu'en y ajoutant un petit chapitre sur l'utilité de la collaboration. Il est évident que son système peut être considéré comme délirant et qu'il s'accompagne d'un état passionnel caractéristique. Cependant, cet individu a fait preuve dans sa vie de courage, d'esprit d'initiative et a réussi à devenir propriétaire d'un garage alors qu'il était parti de rien. Je crois que ç'aurait été une erreur de l'interner et j'ai montré, dans mon rapport, qu'il s'agissait d'un illuminé tout à fait inoffensif dont la responsabilité pouvait être considérée, pratiquement, comme nulle et sans qu'il soit nécessaire de l'interner. Je crois que l'affaire a été classée.

Un cas beaucoup plus difficile a été celui d'une prophétesse qui a été poursuivie pour propagande à cause de ses prophéties. Mme Z... est une prophétesse très connue à Paris et même à l'étranger. Elle est la directrice et la fondatrice du Centre Spiritualiste de Paris. Elle donne des séances publiques à la Salle Pleyel, des consultations à domicile, elle publie tous les ans un volume où elle démontre la soi-disant exactitude de ses prophéties et où elle en fait de nouvelles.

Pendant l'occupation, ses prophéties ont été en faveur de l'Allemagne et extrêmement collaborationnistes, d'où les poursuites engagées.

L'examen m'a montré que ce n'était ni une aliénée (atteinte de psychose hallucinatoire ou d'influence), ni un pur charlatan. Elle m'a paru un cas typique de délire prophétique hystérique. Elle semblait sincère et réellement convaincue de ses dons exceptionnels. Par contre, ce don était très habilement et très largement exploité au point de vue commercial. Comme dans tous les cas de ce genre, il y

avait un mélange inextricable d'apparente sincérité et de duplicité, d'honnêteté et de fourberie.

La solution médico-légale était très difficile. Devais-je la déclarer entièrement responsable ? Cela était impossible, car il aurait fallu que je fasse la preuve de son total charlatanisme et de l'absence de manifestations hystériques. Devais-je la déclarer irresponsable, en disant qu'au moment où elle prophétisait, elle était dans un état second, c'est-à-dire dans un état d'inconscience, bref, de démence ? Et si je la déclarais irresponsable, devais-je l'interner ? Ne pas l'interner aurait équivalu à un encouragement à persévérer dans cette voie en lui assurant, d'une part, l'impunité, et, d'autre part, l'absence de surveillance médicale. Son internement aurait provoqué de nombreuses protestations dans les milieux spirites, chez ses milliers d'adeptes et dans son état-major, composé de deux colonels et quinze capitaines. De plus, son état étant chronique et remontant à l'âge de 7 ans, on ne voit pas très bien pourquoi on l'internerait aujourd'hui plutôt qu'il y a quelques années, et surtout, pendant combien de temps on la laisserait internée.

Je me suis tiré de toutes ces difficultés en disant qu'il y avait deux sortes de faits à considérer : les prophéties orales et le commentaire écrit de celles-ci. J'ai expliqué qu'il était possible qu'au moment où elle prophétisait Salle Pleyel, elle ait été dans un état d'inconscience, c'est-à-dire de démence, mais qu'au moment où elle écrivait ses livres, à tête reposée, où elle commentait ses prophéties, où elle corrigeait les épreuves d'imprimerie, elle était parfaitement lucide et consciente. Par conséquent, elle aurait dû supprimer tout ce qui présentait un caractère pouvant porter atteinte à la sûreté de l'Etat.

Le cas est exactement comparable à quelqu'un qui, sous l'empire d'un état maladif, ferait des provocations au meurtre, puis qui, revenu dans son état normal, non seulement ne renierait pas ses provocations au meurtre, mais les approuverait et les diffuserait. Bref, j'ai conclu qu'elle était responsable, mais d'une façon partielle et avec le bénéfice d'une atténuation.

IV. — Les engagés

Cette catégorie est intéressante au point de vue psychiatrique, car elle comprend quelques cas d'aliénation et surtout un grand nombre d'arriérés, de débiles, d'instables, de déséquilibrés, de névropathes et de psychopathes.

J'en ai interné 4 : 1 arriéré, 1 dément précoce, 2 épileptiques avec troubles psychiques.

Sur 37 cas, 24, soit les deux tiers, se sont engagés dans des formations allemandes : 11 dans la L.V.F. ; 6 dans les Vaffen SS ; 7 dans les branches diverses de l'armée de la marine ou de l'aviation ; 13, soit le tiers, se sont engagés dans la Milice. 18 avaient moins de 22 ans et plusieurs moins de 18 ans.

Neuf seulement, c'est-à-dire le quart, m'ont paru agir par conviction et certains étaient fanatiques. Plusieurs même le sont restés. Un jeune homme de 18 ans a confectionné, dans sa cellule, un drapeau à croix gammée, et s'est livré à une manifestation en le brandissant un jour de visite. Quelques-uns, dont un étudiant en médecine très intelligent, m'ont déclaré qu'ils ne regrettaient rien et que si cela était à refaire, ils recommenceraient.

Les convaincus étaient presque tous anti-communistes.

Les trois-quarts ont agi avec une conviction très faible et assez souvent sans la moindre conviction. Ils prétendent presque tous avoir été volontairement de très mauvais soldats, s'être embusqués, avoir triché pour être réformés, et, bien qu'en général je me méfie de ce que disent les inculpés, je crois que, pour une fois, ceux-ci sont dans la vérité. Sur 35, deux seulement avaient été blessés au front. J'ai été frappé de la facilité avec laquelle les Allemands les réformaient et je ne crois pas me tromper en disant que cet appoint de Français dans l'armée allemande a été plus symbolique qu'efficace.

Parmi ces trois-quarts dont la conviction était nulle ou modérée, la plupart ont agi par intérêt.

Plusieurs ayant été condamnés en France, par défaut, ou ayant eu une peine correctionnelle en instance d'appel, s'engageaient pour éviter de purger leur peine. D'autres s'engageaient pour échapper à une arrestation à la suite d'un délit quelconque.

Bref, l'armée allemande et la Milice étaient un refuge commode pour tous ceux qui avaient maille à partir avec la police ou la justice. Parfois même on leur donnait le choix entre les poursuites judiciaires et l'engagement.

D'autres étaient séduits par la solde et les avantages matériels, mais presque tous étaient dégoûtés de porter l'uniforme felgraü, le casque allemand et les demi-bottes. Je crois que s'ils avaient été habillés autrement, le recrutement de la L.V.F. aurait été plus nombreux.

Une raison — bien douteuse — mais souvent invoquée par les travailleurs en Allemagne, c'est qu'ils espéraient, en s'engageant, avoir une permission pour la France avant de partir pour le front et qu'ils en profiteraient pour prendre le Maquis.

Il m'a semblé aussi que plusieurs jeunes gens, plus ou moins débiles ou égarés, se sont engagés dans la Milice sans en avoir compris le rôle véritable et odieux, plusieurs croyant réellement lutter contre le terrorisme.

La remarque psychiatrique la plus importante est le nombre considérable — *un peu plus de la moitié* — d'individus tarés mentalement, de débiles, d'arriérés même et surtout d'instables,

de déséquilibrés, d'épaves sociales, de pervers. Plusieurs étaient des épileptiques impulsifs. Six s'étaient évadés pendant l'exode de maisons d'éducation surveillée, notamment de St-Hilaire, où ils avaient été placés avant la guerre par le Tribunal des Enfants.

Ce qui m'a le plus frappé, c'est le caractère déraisonnable, impulsif, de ces engagements, et le fait que plusieurs seraient allés aussi bien chez le Général de Gaulle ou dans l'armée de la France libre.

La plupart d'entre eux ont cherché et quelquefois réussi à passer dans le camp des alliés après la Libération, mais dans le but évident de se soustraire aux recherches.

Certains l'ont fait par conviction, et ont eu une conduite remarquable dans la Résistance ou dans l'armée régulière. Je pourrais en citer beaucoup d'exemples.

Le plus caractéristique est celui d'un homme qui a été longtemps soigné à la section libre de la Clinique des maladies mentales. P..., âgé de 38 ans, fils d'un riche soyeux de Lyon, intelligent mais profondément déséquilibré, a mené une existence très décousue. Engagé dans l'aviation en temps de paix, il a eu un grave accident (trépanation, troubles subjectifs, épilepsie), puis il exerce les métiers les plus divers, s'engage, malgré son épilepsie, à la Légion étrangère, a une vie sentimentale romanesque, est l'objet de plusieurs poursuites judiciaires, tente à deux reprises de se suicider, se couvre de dettes, mène une existence dépravée, s'adonne à la boisson, tire des chèques sans provision, cherche à rejoindre l'armée de Gaulle en Afrique du Nord, mais sans succès. Réduit à la misère, contracte un engagement à la L.V.F. où il s'embusque, se fait réformer, fait une nouvelle tentative de suicide, entre dans le service libre de Sainte-Anne, en sort pour prendre part à la Libération où il a une conduite très brillante.

Un autre, engagé par coup de tête dans la L.V.F., se mutile volontairement en se tirant une balle de revolver dans la main gauche, s'échappe de l'hôpital allemand où il est soigné, s'engage dans les F.F.I., prend une part héroïque (ainsi qu'en ont témoigné ses chefs) dans la prise de la Kommandantur de l'Opéra, puis s'engage dans l'armée Leclerc.

En résumé, sauf quelques convaincus qui représentent un quart, les engagés dans les formations allemandes ou pro-allemandes étaient composés pour une part de jeunes gens indécis, sans opinion, sans situation sociale définie ou stable, presque toujours débiles mentalement, et, pour l'autre part, de déséquilibrés, petits et grands, cyclothymiques, instables, fugueurs, pervers, épileptiques.

V. — Les espions et les policiers

Je réunis dans ce chapitre des faits généralement très graves dans lesquels les inculpés ont pratiqué de l'espionnage au profit des Allemands ou ont été des membres de la Gestapo. J'en ai 16 cas.

Un seul individu a été interné. Il s'agissait d'une psychose hallucinatoire avec délire mystique chez une femme et je crois qu'il y avait simplement coïncidence.

Sauf deux comparses qui ont joué un rôle effacé et qui étaient l'un un déséquilibré, l'autre un débile, ils ont tous été déclarés entièrement responsables.

Trois agissaient pour des groupements qui n'ont pu être identifiés. Un faisait de la radio clandestine avec le P.P.F. émigré en Allemagne. Les douze autres appartenaient à des organisations allemandes : sept étaient membres de la Gestapo, cinq du S.R.A. (Service renseignements allemands).

Presque tous ceux que j'ai vus risquent la peine de mort et deux ont déjà été exécutés.

Trois seulement m'ont paru être honnêtes moralement, mais absolument fanatiques. L'un, étudiant en médecine, agent de la Gestapo, a procédé à d'innombrables arrestations et a blessé gravement deux patriotes, dont un de nos confrères. Le deuxième avait la charge d'organiser un immense réseau d'espionnage destiné à agir sur les derrières des alliés en cas de débarquement. C'était un fanatique qui paraît avoir été tout à fait désintéressé. Le troisième est le membre du P.P.F. dont je parlais plus haut et qui faisait de la radio clandestine avec les doriotistes réfugiés en Allemagne.

En dehors de ces trois individus honnêtes et fanatiques, j'en ai observé trois qui ont agi avec une demi-conviction, mais en se laissant entraîner par des questions d'intérêt.

Tous les autres étaient d'ignobles crapules, ayant terrorisé leurs victimes, les ayant dépouillées, volées, rançonnées. Plusieurs étaient en rapport avec Bonny et Lafont ou sous leurs ordres. Ils exerçaient tous le trafic d'influence. L'un d'eux, par exemple, s'est fait remettre trois millions d'argent liquide et d'importants bijoux par une de ses victimes. Ce même individu a simulé grossièrement la folie.

D'une façon générale, ces individus n'offrent aucun intérêt psychiatrique, sauf pour ceux qui s'intéresseraient spécialement à l'étude de « l'abjection ». Au cours des expertises de ces individus, il faut être très méfiant, car ils sont retors, simulateurs, exagérateurs, et cherchent, par tous les moyens, à éviter le châtiment suprême qui les attend.

Le seul cas vraiment intéressant et délical a été celui d'un agent double, ne rentrant dans aucune des catégories précédentes et prétendant faire du contre-espionnage.

Il avait déjà été arrêté en 1942 par Vichy, soumis à une expertise qui a duré des mois, déclaré irresponsable et interné pendant un an pour paraphrénie expansive avec délire fantastique, s'identifiant à Dieu, à Jésus-Christ, à Adam. Après son non-lieu, ses troubles mentaux ont disparu comme par enchantement, son activité d'espion s'est décuplée, il a pu rejoindre l'Allemagne, aller à Berlin où il a été en rapport avec Gœbbels. C'était un acteur de cinéma, admirable comédien, et je le suspecte fort d'avoir simulé jadis, à moins qu'il n'ait présenté une crise d'excitation maniaque. En tout cas, au moment de mon examen, il ne présentait plus trace de délire paraphrénique et fantastique et j'ai conclu à son entière responsabilité (opinion qui a été partagée ensuite par MM. Logre, Genil-Perrin et Heuyer, nommés contre-experts).

VI. — Les trafiquants

Il s'agit d'individus qui ont fait du commerce avec l'ennemi en réalisant des bénéfices souvent considérables. Les quatre que j'ai examinés ne présentaient aucune anomalie mentale et leur responsabilité était entière. L'un d'eux, ancien balayeur au Bon Marché, puis garçon de café au début de l'occupation, a réalisé une fortune prodigieuse de 700 millions environ, grâce à sa parfaite connaissance de la langue allemande et par les procédés les plus grossiers et les plus malhonnêtes, dans une affaire de ciment pour la construction du mur de l'Atlantique.

Ces délinquants n'offrent aucun intérêt particulier au point de vue psychiatrique et ne diffèrent pas de ceux qu'on peut observer dans les affaires criminelles ordinaires.

VII. — Les faux policiers

A côté des vrais policiers, il y a un certain nombre d'individus qui se sont fait passer faussement pour des agents de la police française ou allemande. Ils avaient généralement une carte d'identité en allemand, tel qu'un simple laissez-passer et ils en profitaient pour intimider leurs victimes, les voler et leur extorquer des fonds au cours d'un simulacre de perquisition.

Les quatre individus que j'ai examinés étaient responsables, exempts de toute maladie mentale et leur cas était identique à ceux du droit criminel commun.

⁂

La plupart des cas soumis à l'expertise psychiatrique rentrent dans une des sept catégories précédentes. Mais on peut être commis par la Cour de Justice pour la valeur du témoignage. J'en ai une observation particulièrement intéressante :

Mlle F..., 42 ans, a été un membre extrêmement actif et courageux d'un groupe de Résistance, faisant partie de toute une organisation chargée de recueillir des parachutistes, de les ramener à Paris et de les y cacher. Elle en a hébergé plusieurs dans son appartement. Connue pour son activité et son courage, elle a été chargée de faire une enquête sur un fermier de l'Oise suspecté de renseigner les Allemands. Or, elle a fourni la copie de documents accablants, trouvés, disait-elle, dans un bureau de renseignements allemands et établissant la culpabilité de ce fermier. En réalité, ces documents avaient été inventés de toutes pièces. Il s'agissait d'une femme assez déséquilibrée et exaltée qui a eu dans la clandestinité une existence mouvementée, dangereuse et qui est passée du romanesque vécu au romanesque imaginé. Naturellement j'ai conclu qu'on ne pouvait accorder aucune valeur à son témoignage, mais je n'ai pas été chargé de me prononcer sur sa responsabilité et j'ignore si elle a été poursuivie pour faux témoignage.

Remarques générales

On a pu se rendre compte, par ce qui précède, que la criminalité relevant de la Cour de Justice présente bien des différences avec la criminalité ordinaire. L'une de celles qui m'a le plus frappé est la particulière mauvaise foi des inculpés. C'est un fait, qui est commun à beaucoup de prévenus, de nier ou de minimiser les faits reprochés et certains voleurs, escrocs ou meurtriers, sont passés maîtres en cet art.

Mais, depuis plus de vingt ans que je fais des expertises, je n'ai jamais rencontré une mauvaise foi aussi régulière et aussi outrecuidante. Sauf quelques rares convaincus qui reconnaissent tout et quelques fanatiques qui en tirent orgueil et vanité, tous les inculpés protestent de leur complète innocence. Bien plus, ils démontrent par A + B qu'ils ont été d'admirables patriotes, voire même des héros de la Résistance. Tous invoquent la calomnie ou l'erreur judiciaire et cela est tellement habituel qu'au lieu de leur demander ce qu'ils ont fait pour être en prison, je leur dis : « Sous quel prétexte êtes-vous en prison ? »

Une autre caractéristique me paraît la plus grande tendance à simuler et à tromper l'expert par mille moyens. Ils donnent de faux renseignements sur leurs maladies antérieures, prétendant qu'une analyse récente de crachats a fait découvrir des bacilles de

Koch, rédigeant des auto-observations tendancieuses, se faisant délivrer des certificats de complaisance, se plaignant de maladies imaginaires, se plaignant de troubles psychiques inexistants. Les cas de dépression carcérale sont fréquents, mais ne sont pas tous légitimes et sont souvent volontairement exagérés. Il y a de nombreux cas de crises névropathiques, de manifestations hystériformes (camptocormie, paraplégie fonctionnelle, troubles de la parole).

Il semble que les criminels de droit commun (dont la majorité est composée de récidivistes) soient plus endurcis et beaucoup moins sensibles à l'incarcération et à ses conséquences et peut-être aussi — dans un certain sens — plus honnêtes.

Mais un autre facteur que celui de la plus grande sensibilité des prévenus, réside dans les conditions mêmes où il sont soignés.

Il existe à Fresnes ce qu'on appelle l' « Infirmerie annexe de la 2e Division », où sont réunis les petits malades et les névropathes. Or, cette infirmerie est confiée à des médecins détenus et, ce qui est probablement sans inconvénients pour le traitement d'une angine, d'une bronchite ou d'une entorse, devient très regrettable pour des névropathes.

Malgré leur honnêteté et leur compétence professionnelle, ces médecins sont de l'autre côté de la barrière. Ils ne sont pas avec nous, médecins-experts, auxiliaires de la Justice, mais avec leurs camarades. Ils ont commis les mêmes crimes, ils mènent une existence commune dans la prison, ils ont les mêmes idées, les mêmes sentiments, les mêmes espoirs, les mêmes craintes. Pourquoi un ancien médecin de la L.V.F. abandonnerait-il ceux qui étaient dans son régiment ? Pourquoi un militant du P.P.F. trahirait-il ses amis ?

Je crois, pour ma part, qu'il y a souvent plus que l'incompétence psychiatrique du médecin, plus qu'une entente tacite mais parfois une complicité agissante.

En tout cas, il est certain que cette Infirmerie annexe constitue le terrain de culture idéal pour la simulation, pour le prolongement indéfini et l'aggravation de petits états névropathiques ou de manifestations pithiatiques et pour la contagion mentale. L'un de ces médecins détenus me disait, très naïvement, qu'il ne savait plus où donner de la tête pour soigner tous ces nerveux : « Le soir, me disait-il, c'est infernal. Il y en a qui poussent des cris, qui ont des crises, qui voient des personnages ou des singes entrer dans leur cellule, qui entendent des fusillades. Ah ! les pauvres malheureux ! », et il se précipitait pour les dorloter.

Ce qui confirmerait mon explication c'est que je n'ai pas trouvé

de cas semblables dans la section des femmes où une pareille Infirmerie n'existe pas.

Une autre conséquence de cet état de chose, c'est qu'il arrive assez souvent qu'on envoie, à l'Infirmerie spéciale, des inculpés déjà examinés par des experts et reconnus non aliénés.

Si la cause du mal est celle que je pense, on devrait y remédier et interdire aux médecins et infirmiers de soigner les psychopathes.

Enfin, je voudrais dire deux mots du dépistage psychiatrique. Il en est pour la Cour de Justice comme pour le droit criminel où les expertises sont ordonnées un peu au petit bonheur. Parfois, c'est le Juge d'Instruction qui ordonne l'examen mental d'office parce que l'attitude ou les propos de l'inculpé lui paraissent anormaux, ou d'après les renseignements qui lui sont parvenus. Mais, le plus souvent, c'est le défenseur qui sollicite l'expertise. Dans certains cas, cette demande est justifiée, même si l'expert conclut à l'entière responsabilité. Dans d'autres cas, l'expertise est demandée, sans raison valable, et parfois sans aucune raison. L'inconvénient n'est pas bien grand, mais l'inverse est beaucoup plus grave.

Nous ne saurons jamais exactement combien d'aliénés, de névropathes, de malades mentaux passent en jugement sans avoir subi aucune expertise.

Je me suis occupé très activement de cette question avant la guerre et, après des difficultés infinies, j'avais obtenu la création et la direction d'une annexe psychiatrique à la Santé. Cette annexe existe, mais n'a jamais fonctionné réellement, sauf pour le dépistage qui a été partiellement réalisé à titre *expérimental.*

Je l'ai pratiqué pendant plusieurs années, mais je ne pouvais voir tous les détenus. J'en choisissais 10 à 15 par jour d'après leur âge ou la nature de leur délit, quelquefois au hasard et je me suis ainsi rendu compte, expérimentalement, que ce dépistage était possible. Il ne peut avoir une valeur absolue, mais il permet très souvent de signaler aux magistrats les cas qui méritent d'être examinés plus à fond, c'est-à-dire expertisés.

Le même dépistage a été pratiqué par M. Schiff à la Roquette et par Mlle Badonnel pour les mineurs.

Il serait évidemment désirable pour la Cour de Justice, mais il paraît difficile à réaliser rapidement.

Par contre, je me demande s'il n'y aurait pas lieu de demander *l'expertise obligatoire* de tous ceux qui rentrent dans la catégorie des engagés, tout au moins des plus jeunes, puisque l'on trouve, parmi eux, une proportion considérable de pychopathes, de débiles, et d'autres malades mentaux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 11 Mars 1946

Présidence : M. Eug. MINKOWSKI, vice-président

PRÉSENTATIONS

Hallucinations auditives unilatérales et visuelles chez un aveugle otopathe avec surdité droite, par M. J. DE AJURIAGUERRA et Mlle J. LEGENNE.

Le malade que nous présentons à la Société pose des problèmes intéressants du point de vue de la genèse et de l'évolution des phénomènes hallucinatoires.

OBSERVATION. — M. I., Jacques, entré le 20 février 1946.

Le début des phénomènes remonte au mois d'août 1939. Un soir de ce mois, M. I. se couche comme d'habitude, quand il voit soudain surgir, des quatre coins de sa chambre, un éléphant, un lion, une pieuvre et un serpent qui se dirigent vers lui. En même temps, tout un essaim de guêpes traverse sa chambre. Ces animaux sont colorés et très distincts. Le malade ne se souvient pas d'avoir été effrayé par cette vision. Il ne peut préciser sa durée exacte, peut-être quelques minutes. Elle s'est dissipée brusquement dans un embrasement intense très fugitif. Puis le malade s'endort sans avoir allumé la lampe. Il ne peut préciser s'il était très éveillé au moment où il eut cette vision.

« Je ne dormais pas, mais je me sentais dans un état bizarre. » Il est à noter qu'au cours de cette « nuit féerique », les phénomènes sont restés purement visuels. Le lendemain matin, en ouvrant sa fenêtre, il voit courir, sur le mur de la maison d'en face, des étincelles

rouges. En même temps, apparition des premiers phénomènes auditifs. Une voix lui dit : « Ne bouge pas, tu vas être électrocuté. » Cette voix est perçue par l'oreille droite. Aussitôt après, il entend, par la même oreille, une autre voix, amicale celle-là, qui le rassure. A cet instant, il éprouve une sensation de raideur de tout le corps et descend déjeuner « comme un automate », accompagné de ces deux courants de voix, l'un hostile, l'autre favorable, qui ne l'ont pas quitté. De plus, il a l'impression très nette que la terre oscille sous lui. Dès ce moment, il tente de se raisonner et de trouver une explication à ces phénomènes. « J'avais l'impression que la terre oscillait sous moi, mais « je voyais que les objets ne bougeaient pas. J'étais donc sûr que ce « n'était pas vrai, donc que le reste n'était pas vrai non plus, que cela « était dû à une hypersensibilité de mes sens provoquée par la « fatigue. »

La nuit suivante, apparition de phénomènes cénesthésiques (sensation de brûlure très intense au niveau de la cuisse, de souffle derrière la nuque) et olfactifs (odeur de cuir). Il croit que des voisins lui ont fait une farce, puis il se rend compte que ce sont ses sens qui l'ont trompé à nouveau. Pendant six semaines, le malade vit en compagnie de ses voix qui discutent entre elles, commentent ses moindres faits et gestes. Il s'y habitue, souvent même cela l'amuse. Il se souvient alors qu'avant la « nuit féerique » il entendait parfois comme des bruits de conversations lointaines ; il croyait que c'étaient les voisins, mais il pense maintenant qu'il s'agissait déjà des mêmes phénomènes, car il était alors dans un état de nervosité extrême, mangeant peu et travaillant beaucoup. Une seule fois ses voix le quittent un court instant, il monte dans un autobus, et, pendant tout le trajet, il est tout à fait tranquille. Les phénomènes reprennent dès sa descente de l'autobus. Par la suite, il tente l'expérience à nouveau, mais sans résultat. Pendant cette période, il se produit un épisode que le malade ne peut expliquer. Un matin, il se rend au centre du parti communiste et prévient la personne qui se trouve là de l'arrestation de nombreux communistes. Il recommence l'après-midi. « Je ne peux pas expliquer cela, les voix ne m'ayant rien dit. C'est comme si une force intérieure m'avait poussé. » Il semble qu'il ait eu, à ce moment, une certaine croyance à la réalité des phénomènes morbides.

On peut tenter d'expliquer de la même façon une tentative de suicide par le gardénal, six semaines après le début des troubles. Un soir, le malade va chez un ami et lui dit : « Si tu ne me laisses pas coucher chez toi, demain ou je serai fou ou je serai mort. » Persuadé par son ami de rentrer chez lui, il se couche mais se lève de bonne heure le lendemain et attend l'ouverture d'une pharmacie pour acheter un tube de gardénal qu'il avale en rentrant chez lui. Transporté à l'hôpital Boucicaut, il semble qu'il ait présenté, à son réveil, un état confusionnel. A ce moment, réapparition des phénomènes visuels ; visions d'une netteté extraordinaire, soit fixes, soit mouvantes. Il voit des tableaux qu'il n'a jamais vus auparavant, ni au cinéma, ni dans les

journaux, par exemple : Staline assis devant une table, Lénine penché sur l'épaule de Staline, et Vorochiloff, très jeune, se tenant au garde à vous. Autre exemple : la carte de l'U.R.S.S. déployée sur le mur en face de lui, avec, de chaque côté, des drapeaux qui flottent. Les voix sont plus assidues que jamais. Elles le harcèlent véritablement. Il est beaucoup plus impressionné par elles et n'arrive pas toujours à les contrôler par le raisonnement. Quand on lui demande ce qui a motivé cette tentative de suicide, le malade est très évasif. La veille ses voix lui avaient bien dit que son frère voulait le tuer avec un poignard, mais il en avait ri de bon cœur. Elles lui avaient dit aussi que les trostkystes lui en voulaient, mais il n'y avait pas fait attention. Il n'y a eu aucune préméditation, le malade a présenté, probablement, des phénomènes d'anxiété avec intégration de l'hallucinose à sa personnalité totale. Il sort progressivement de son état confusionnel et s'installe alors le syndrome que nous pouvons constater actuellement et qui n'a pas varié absolument depuis six ans. Le malade présente des phénomènes auditifs et visuels. Il est intéressant de noter ici que le malade est presque aveugle (taie cornéenne gauche et perte accidentelle de l'œil droit en 1925) et, de plus, sourd de l'oreille droite.

Phénomènes auditifs : Le malade entend des voix. Au début, elles semblaient provenir de l'extérieur, actuellement il les entend dans le côté droit de sa tête, près de l'oreille, dit-il. Très rarement il les perçoit à gauche, mais il en est toujours prévenu à l'avance: « Attention, tu vas entendre parler à gauche. » Ces voix sont souvent très distinctes, il peut même les reconnaître comme étant celles de personnes qu'il connaît ou a connues (père, parrain). Elles s'adressent à lui directement ou alors ce sont des conversations entre deux clans dont l'un lui est hostile, l'autre favorable. Ces voix commentent absolument tous ses faits et gestes. Elles critiquent ses idées politiques et religieuses. Elles font des réflexes sur son activité sexuelle, lui reprochent la masturbation, etc... Sa pensée est devinée, car les voix lui répondent immédiatement. Quand il lit, il a l'impression d'être très aidé. Il entend d'une part : « Oh ! ce qu'il lit mal », et, d'autre part, les mots lui sont soufflés, avant même qu'il ait vu les premières lettres. Dans le même ordre d'idées, quand il marche dehors, le nom des rues adjacentes lui est soufflé avant qu'il ait pu déchiffrer la plaque.

Au cours de l'examen, les voix font des réflexions continuelles au malade sur les médecins.

« Autrefois, j'entendais souvent les voix manifester leur étonnement de ce que je les entendais et aussi de ce que je ne perdais ni mon calme, ni le contrôle de ma pensée ; maintenant, c'est plus souvent du dépit ou même de la colère: c'est inutile, il n'y a plus rien à faire, c'est formidable, celui-là nous échappe. Il faudrait encore essayer quelque chose. Que faire ? »

Phénomènes visuels : Les visions apparaissent dans tout le champ visuel, autant que le malade puisse en juger, puisque sa vue est presque nulle. Souvent elles sont annoncées par les voix. Il voit fréquemment son père et son parrain, très souvent aussi des visions de mari-

nes très colorées, par exemple des voiliers qui se déplacent sur la mer. Il voit aussi des tâches sombres qui viennent l'une sur l'autre et s'étreignent. Il a souvent l'impression qu'on l'empêche de voir telle ou telle chose. « J'ai souvent une impression absolue d'opposition à l'image de ma mère, quand je veux me la représenter, alors qu'il me suffit bien souvent de penser à quelqu'un de ma famille ou non pour que son immage m'apparaisse. »

Essai d'interprétation de ces phénomènes par le malade : « J'ai l'impression très nette, par maintes observations, que quelque chose que je ne puis définir autrement qu'en parlant de mes voix, cherche sans arrêt à me faire dire ou commettre quelques bêtises dans le but indéniable que l'on me prenne pour un fou. Par ailleurs, j'ai aussi l'impression non moins nette d'être soutenu, même lorsque je n'entends pas d'encouragements. C'est, à mon avis, une lutte ininterrompue qui s'exercerait en vue d'obtenir l'influence la plus forte sur ma pensée, sur ma raison, sur ma volonté. »

Depuis six ans, le malade est en proie à des phénomènes auxquels il assiste comme en spectateur. Ils ne le gênent en rien dans son activité professionnelle (il est masseur). Il ne s'est jamais trahi depuis sa tentative de suicide, et personne, dans son entourage, ne peut soupçonner quoi que ce soit. Son humeur n'est en rien altérée. Il décrit ces phénomènes avec complaisance. Il les accepte et ne se révolte pas. Il n'existe, jusqu'à présent, aucune tendance vers l'organisation d'un système délirant. Aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

Antécédents. — Il n'y a rien à signaler au point de vue psychopathique ni au point de vue neurologique. Pas d'antécédents alcooliques. Le malade dit avoir été nourri par une nourrice syphilitique.

Examen neurologique tout à fait normal. Cœur normal. Tension artérielle 13-8.

Examen oto-rhino-laryngologique : surdité à droite ; otosclérose à gauche avec hypoacousie légère ; rhinite bilatérale ; hypo-excitabilité vestibulaire bilatérale (Dr Labarraque).

Examen oculaire. — Œil droit : énucléation. Œil gauche : taie cornéenne étendue ; vitré trouble ; perception lumineuse (Dr Dubar). Ponction lombaire normale. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs. Urée : 0,32.

Plusieurs points sont à discuter chez le malade.

1. L'esthésie nette au début des phénomènes visuels et auditifs. La persistance des phénomènes esthésiques visuels et la transformation des hallucinations auditives progressivement vers des modifications à sensorialité moins nette. Au cours de l'épreuve de mescalinisation que nous avons pratiquée chez ce malade, les phénomènes visuels ont été extrêmement intenses, riches, projetés au dehors lorsqu'il gardait les yeux ouverts, tan-

dis que les hallucinations auditives n'ont jamais présenté l'extériorité qu'elles ont dû présenter au début de sa maladie. L'épreuve du pentothal à doses de préendormissement a fait disparaître les deux types de troubles. (Ne pouvant pas nous étendre sur le résultat de ces deux types d'épreuves, en raison des limites qui nous sont imposées, nous y reviendrons ultérieurement). L'élément visuel plus spatialisé paraît toujours esthésique, ce qui le différencie en partie des hallucinations auditives. Dans le premier cas, le jugement de réalité et le caractère de sensorialité sont mieux exprimés par le malade ; il est, par contre, plus facile de passer de l'hallucinose auditive à l'hallucination. Au cours de l'épreuve par la mescaline, le malade nous expose ses visions, mais répond à nos questions par l'expression des voix qu'il entend.

2. La croyance à la réalité extérieure de ces phénomènes est difficile à élucider. Critiqué au début, son syndrome paraît tantôt intégré à sa personnalité, tantôt conçu comme un trouble pathologique dont actuellement il essaie de donner une explication logique, mais abstraite. Ces dires ressemblent plus à un perçu, exprimé par des explications parfois supraterrestres, qu'un vécu intégré dans sa personnalité entière. Parfois cependant, il écrit : « Je ne puis faire autrement de penser que les voix que j'entends appartiennent à des humains morts, qui sont intimement liés à nous et qui nous influencent dans un sens ou dans l'autre dans une lutte de tous les instants. » Mais il ajoute que « tous ces faits ne proviennent que d'un état spécial anormal de ma santé et surtout de l'équilibre de mon système nerveux. » Il vit avec ses voix et dans ses voix (on devrait plutôt employer la notion clinique de l'automatisme mental de G. de Clérambault), mais garde conscience du caractère non naturel du phénomène. Il vit avec son syndrome (ne présente ni la passivité, ni l'hypertonus de certains délirants chroniques), le critique, l'exprime avec liberté. A trois reprises, sa vigilance paraît avoir été affaiblie : au cours de deux épisodes probablement anxieux, au cours d'un épisode confusionnel post-gardénalique.

3. Le rôle des facteurs périphériques ne doit pas être négligé. Nous voyons que cet aveugle otopathe présente surtout des hallucinations visuelles et auditives, à prédominance nettement unilatérale du côté de la surdité. Mais il est important de faire remarquer que les phénomènes sont apparus après une période d'inquiétude qui a duré quelques jours et se sont manifestés nettement après une phase hypnagogique. Ce malade présenterait d'ailleurs, à notre avis, des lésions plus diffuses. Nous croyons

que, malgré la négativité de ces réactions sérologiques et liquidiennes, il doit être considéré comme un spécifique, des lésions oculaires et otologiques pouvant s'expliquer par cette étiologie.

Ophtalmoplégie familiale avec troubles mentaux,

par MM. André-Thomas et J. de Ajuriaguerra.

Les cas d'ophtalmoplégie externe familiale sont rares. Il nous paraît intéressant de présenter à la Société l'histoire d'une famille dans laquelle, à l'ophtalmoplégie, se surajoutent des troubles mentaux chez trois de ces membres.

Observation. — *Hérédité familiale.* — Arrière-grand-père ophtalmoplégique. Trois enfants : deux garçons normaux et une fille ophtalmoplégique. Celle-ci (grand'mère, actuellement démente sénile et sourde) a eu cinq enfants : deux mort-nés, un garçon bien portant et deux filles ophtalmoplégiques, dont l'une arriérée profonde (mariée sans enfant, réglée à 19 ans), l'autre débile. Celle-ci (mère), a deux enfants : une fille normale, et un garçon, Henri K., ophtalmologique. Nous avons eu l'occasion d'examiner la mère et le fils.

Examen de deux membres de la famille :

1° *Mère.* — Pas d'antécédents pathologiques importants à signaler, sauf énurésie dans l'enfance.

Examen neurologique normal au point de vue moteur, sensitif et cérébelleux. Pas de déformations osseuses. Pas de surdité.

L'ophtalmologie est très nette. La tête se présente rejetée en arrière, les plis du front sont très accentués avec contraction permanente du frontal. Les sourcils sont relevés, la paupière est tombante à droite, mais sa chute est surtout marquée à gauche. Les mouvements de latéralité sont normaux. Nystagmus dans le regard latéral droit. Paralysie de l'élévation. Abaissement possible avec divergence dans le regard en bas : l'œil gauche regarde directement en bas, l'œil droit, après un mouvement de rotation, regarde vers la droite. Si l'on revient à la position initiale, mouvement de rotation anti-horaire. Pas de diplopie. V.O.D., 4/10 ; V.O.G., 7/10. Fond d'œil normal. Débilité légère.

2° *Fils Henri K.* — 19 ans. Accouchement par le siège. Marche à 18 mois. Parole tardive. Enurésie. Ectopie testiculaire jusqu'à il y a quelques années. Au point de vue endocrinien : testicule petit, pilosité axillaire et pubienne inexistante.

Examen psychologique : niveau mental au Binet-Simon, 10 ans (âge chronologique : 18 ans, 4 mois). Instabilité psychomotrice avec troubles importants de l'attention, distractions continuelles en classe, turbulence, indiscipline, colères. Aisance et familiarité, vantardise au cours de l'examen. Renvoyé d'un camp de jeunesse en 1942. Au point de vue moteur, le test d'Heuyer-Baille met en évidence une mala-

dresse des mouvements avec gestes saccadés, désordonnés, manque de précision, trouble d'association des mains.

Sa présentation ressemble à celle de sa mère. La tête est rejetée en arrière, la contraction du frontal manifeste. Chute de la paupière bilatérale, mais plus marquée à droite. L'élévation volontaire de la paupière est nulle à droite et limitée à gauche. Les mouvements de latéralité sont normaux ; les mouvements d'élévation sont limités aussi bien au point de vue volontaire qu'automatique. La convergence est limitée à droite. Les pupilles sont normales et réagissent normalement à la lumière.

Acuité visuelle : O.D., 4/10 ; O.G., 6/10. Fond d'œil normal.

Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. Réflexes cutanés abdominaux égaux et normaux. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion bilatérale. Pas de signes cérébelleux ni sensitifs.

Examen sérologique négatif. Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,2. Leucocytes 3. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Benjoin : 00000.02220.00000.

Radiographie du crâne : crâne petit. Pas d'anomalie osseuse notable à décrire. Faible pneumatisation du sphénoïde : aspect compact de la lame quadrilatère. Selle turcique petite et fermée.

L'encéphalographie gazeuse montre une dilatation ventriculaire bilatérale avec dilatatation plus marquée et image d'atrophie corticale à gauche. Prédominance de l'atrophie au niveau de la région occipitale. Dans les images de face, déviation du troisième ventricule vers le côté gauche.

Examen oto-rhino-laryngologique : audition normale. Réactions labyrinthiques normales. Nystagmus à l'épreuve calorique, retardé (Dr Labarraque).

Conclusions. — Il s'agit donc d'une famille d'ophtalmoplégiques dont le syndrome paralytique est congénital, forme qu'on oppose à la forme tardive décrite par Dutil. L'aspect de ces malades ressemble tout à fait à celui de la famille décrite par Chailloux et Pagniez (1905), puis par Crouzon et Béhague (1920). L'hérédité, comme dans tous les cas publiés jusqu'ici, est du type dit dominant. Nous trouvons cinq membres atteints de la même maladie au cours de quatre générations. Les troubles mentaux existant chez trois des membres de la famille (sans tenir compte de la démence sénile de la grand'mère) : un cas d'arriération profonde, une débilité, un cas de débilité avec instabilité psycho-motrice. Notons, en outre, les troubles du développement génital chez Henri et la menstruation à apparition tardive chez la tante.

Si le tableau clinique de la maladie est actuellement connu, par contre les cas anatomiques sont exceptionnels. Dans le cas étudié par Crouzon, Trétiakoff et Béhague, les auteurs décrivent :

1° des lésions de nerfs moteurs oculaires communs, avec atrophie des racines et des nerfs et intégrité relative de leurs noyaux d'origine ; 2° des lésions de méningite fibreuse ancienne, avec oblitération d'une partie du sillon inter-hémisphérique par un feuillet méningé et défaut du développement de la faux du cerveau. Ni le poids du cerveau (cerveau petit), ni l'état des ventricules ne sont signalés. L'examen encéphalographique a montré dans notre cas une atrophie corticale gauche et une dilatation ventriculaire bilatérale.

Onirisme isolé du vieillard, manifestation d'inanition, par M. G. Ferdière.

Nous pensons devoir réserver cette note strictement clinique à une séance de présentations de la Société. Nous voulons attirer l'attention sur des cas d'onirisme survenant en dehors de tout autre symptôme mental, chez des vieillards — non exclusivement chez des vieillards, mais de préférence et d'une manière plus typique — onirisme qui nous apparaît comme une simple manifestation de leur inanition et de leurs négligences alimentaires.

Observation. — Le premier cas concerne une femme de 70 ans, mère d'un magistrat qui a l'habitude de nous commettre ; celui-ci nous supplie de la voir d'urgence ; elle est dans une cellule de l'hôpital voisin ; le diagnostic de démence sénile a été porté par le spécialiste (?) local ; dans quelques heures, elle va être internée. Nous trouvons une vieille, maigre et échevelée, en pleine agitation confuse et anxieuse, qui refuse toute nourriture. Nous sommes frappé de la brutalité de l'apparition de ce syndrome : il y a quelques jours, son fils est allé la voir, n'a rien décelé d'anormal dans sa conduite ; frappé par sa maigreur et la sécheresse de sa peau, il l'a seulement engagée à ne pas « se négliger », à manger plus régulièrement, à « se forcer » au besoin... Nous demandons de surseoir quelques jours à la mesure de séquestration, et, comme la direction de l'hôpital s'y refuse, nous prenons cette femme dans notre voiture et l'emmenons chez un de nos infirmiers, auquel il nous est déjà arrivé de confier des malades. Notre malade est maniée avec douceur, couchée, dorlotée... ; nous lui faisons prendre des « laits de poule », des consommés de viandes, des bouillons de légumes, des extraits hépatiques ; nous utilisons le sérum glucosé en goutte à goutte sous-cutané, un peu de bromure..., et, en quelques jours, tout est rentré dans l'ordre ; des examens minutieux ne nous révèlent pas le moindre affaiblissement intellectuel.

Le second cas est rigoureusement superposable ; là encore, on n'a

pas envisagé d'autre hypothèse que celle de démence sénile, là encore l'internement est décidé et ce n'est que l'insistance de la famille qui motive notre consultation. Et pourtant, cette femme de 72 ans n'est « énervée » que depuis trois jours : elle s'est mise à crier ; elle paraissait avoir peur ; elle parlait dans la chambre à des personnes imaginaires... La veille elle était absolument normale : son mari nous précise qu'elle avait reçu une cliente (c'est une tricoteuse), pris les mesures d'un enfant ; il nous dit aussi combien, depuis des mois et des mois, elle mangeait peu : elle n'aimait plus rien, se contentait aux repas d'une tasse de café, dans lequel elle trempait parfois une croûte. L'évolution a été la même que dans le cas précédent ; l'isolement ou la séparation du milieu n'a même pas été utile ; la famille a été seulement longuement instruite par nous de la conduite à tenir et il n'a fallu que *quelques heures* pour obtenir la guérison la plus complète, à la satisfaction de tous.

Je pourrais rapporter ici d'autres observations analogues : elles n'apporteraient aucun enseignement nouveau ; il s'agirait toujours de confusion onirique qui peut être rapportée à l'inanition — et cela en dehors de toute difficulté d'approvisionnement et de toute disette — chez des personnes âgées, ayant perdu peu à peu l'habitude des repas réguliers et suffisants, ne connaissant jamais la faim et paraissant réduire plus ou moins consciemment leur vie végétative. Je précise que je mets, bien entendu, à part, à la fois tous les onirismes au cours de la presbyophrénie et tous ceux qui ressortissent à l'urémie — bien entendu, dans tous les cas, des dosages sanguins doivent être faits.

Je livre ces observations à ceux qui viendront, après M. Courbon, préciser la psychologie de la sénilité et sa psychopathologie.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour insister, à propos de ces malades, sur la nécessité de « services ouverts », convenablement installés, équipés avec soin, pourvus d'un personnel nettement qualifié et confiés à de véritables spécialistes.

Apparition d'une dysarthrie et d'un état démentiel chez un mélancolique avec « Cotard » traité par électro-choc. Découverte d'une paralysie générale, par MM. Jean Delay, P. Desclaux, J.-F. Buvat et R. Digo.

Les rapports entre la paralysie générale et la mélancolie ont été étudiés à de nombreuses reprises, soit qu'il s'agisse de mélancolies symptomatiques de la méningo-encéphalite syphilitique, soit qu'il s'agisse d'un accès de psychose maniaco-dépressive

chez un paralytique général. Le cas que nous rapportons nous paraît intéressant à divers points de vue, car, en plus des problèmes diagnostiques et nosographiques, il permet de discuter certains problèmes pronostiques et d'envisager l'action thérapeutique décisive de l'électro-choc.

Observation. — Lucien N., âgé de 52 ans, traité pour paralysie générale, entre dans le service le 29 septembre 1945, pour un état mélancolique avec syndrome de Cotard, apparu depuis mai 1945. Déjà, en août 1944, étaient survenus des troubles psychiques apparemment en rapport avec une intervention chirurgicale : il avait subi, en juin 1944, une gastrectomie à l'hôpital Bichat, et depuis lors il devenait triste, anxieux, se plaignait de douleurs persistantes et de troubles digestifs. Progressivement apparaît un état mélancolique typique. Il ne s'intéressait plus à rien, restait des journées entières inactif. Des troubles du caractère apparurent peu à peu : agressivité, menaces et colères sans violences. Il ne voulait voir personne et s'isolait, présentait des idées d'incurabilité : le médecin lui cachait la vérité, il allait mourir, il se croyait tuberculeux, syphilitique, cancéreux. Des idées d'auto-accusation se manifestèrent ; il prétendait qu'il avait commis un crime en se mariant, parce qu'il avait transmis ses maladies à sa femme et à ses enfants ; il manifesta des idées de persécution à type d'empoisonnement qui restèrent vagues et floues : « Ses aliments étaient empoisonnés, les légumes de son jardin étaient pleins de vermine. » Il était surtout méfiant vis-à-vis de ses enfants et de sa femme qu'il prétendait folle et dont il refusait la cuisine ; il fallait lui préparer des repas spéciaux. Malgré cela il s'alimentait très peu et exprimait des idées de suicide. On pouvait, au milieu de ces symptômes, retrouver les éléments d'un syndrome de Cotard : « Il n'avait « plus d'organes ; il était coupé en deux ; il était un trou à fumier ; « il ne mourrait jamais, il était damné. »

Sur les conseils de son médecin, il fut suivi par l'un de nous. L'état mental était inchangé. L'examen neurologique était strictement négatif : pupilles, motricité, réflectivité et langage normaux, ainsi que le Bordet-Wassermann pratiqué dans le sang.

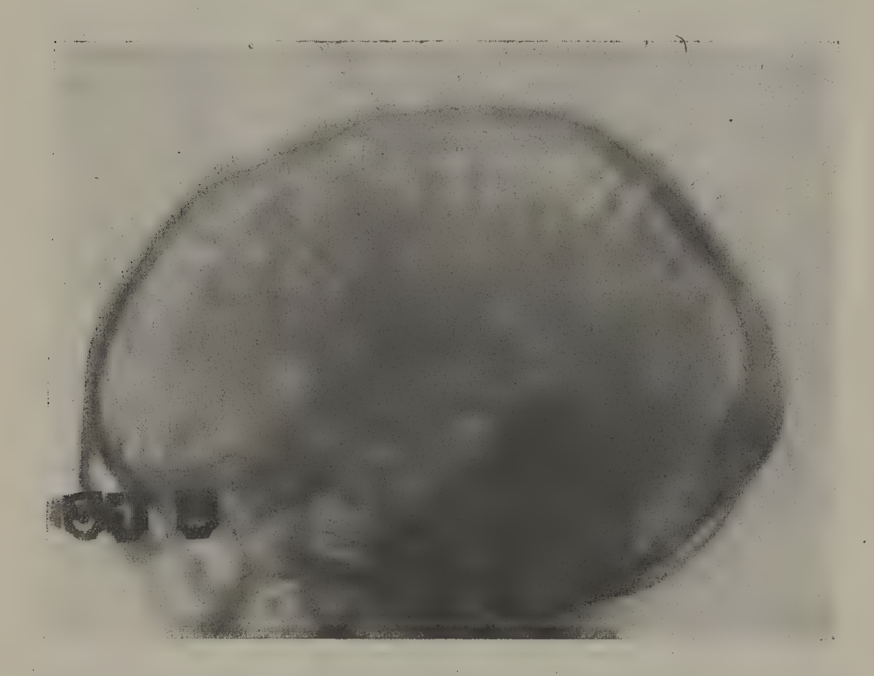
Devant ce tableau clinique on porta le diagnostic d'état mélancolique, d'autant plus qu'il s'agissait d'un sujet de morphologie pycnique et qu'il présentait, depuis de longues années, des phases nettes d'excitation avec tendances hypomaniaques alternant avec des épisodes dépressifs pendant lesquels il demeurait triste, inactif et préoccupé. Jamais, toutefois, il n'avait dû être traité à ce sujet.

Le malade fut alors soumis à l'électro-choc, et, comme on était en droit de s'y attendre, le tableau clinique se transforma après six chocs : l'anxiété, les idées mélancoliques, les idées de suicide, le syndrome de Cotard disparurent complètement ; le malade semblait guéri et entrait en convalescence, lorsque huit jours après le dernier choc,

brusquement, apparurent une dysarthrie, un état d'affaiblissement intellectuel avec idées délirantes, incohérentes, absurdes, n'ayant nullement les caractères du syndrome mélancolique antérieurement observé.

Une ponction lombaire fut alors pratiquée et l'analyse du liquide céphalo-rachidien révéla l'existence d'une paralysie générale : albumine : 0,40 ; Pandy + ; lymphocytes : 7 par mm^3 ; benjoin : 01121.02210.00000. Bordet-Wasserman +++.

L'étude de ses antécédents révélait qu'il avait contracté la syphilis



à 19 ans. Il avait été traité sérieusement pendant quatre ans, puis avait cessé tout traitement, les réactions sérologiques étant négatives.

L'impaludation fut immédiatement mise en œuvre. Après huit accès fébriles, on institua un traitement par le stovarsol. Le malade quitta la maison de santé très amélioré.

Il continua régulièrement son traitement jusqu'en juin 1945. A cette date, progressivement, il présenta à nouveau un syndrome dépressif analogue au premier en tous points : inactivité, idées de culpabilité et de suicide, idées d'empoisonnement et refus d'aliments. Il se considérait comme un mort-vivant et se plaignait ainsi de ne pouvoir mourir.

A son entrée au service libre de la clinique, il se tient dans une attitude prostrée ; il est ramassé sur lui-même, ses yeux sont baissés, et, de temps en temps, il jette de côté quelques regards inquiets ; son front est plissé, ses gestes sont rares ; il ne parle plus spontané-

ment, présente parfois des périodes de mutisme complet et répond le plus souvent : « Vous le savez mieux que moi. » Toutefois il parvient à extérioriser son délire, qui reproduit exactement celui qui illustrait son premier accès. Surtout le syndrome de Cotard est très net et caractérisé par des idées de négation, de transformation, des idées d'immortalité et de damnation : « Je n'ai plus d'estomac, plus de cœur, plus de « foie ; je suis coupé en deux ; je n'ai que de l'air à l'intérieur ; je ne « peux plus mourir ; on peut me faire n'importe quoi : me couper en « morceaux, me guillotiner, je vivrai quand même ; je ne peux être « asphyxié, car je n'ai que de l'air en moi ; je suis un grand cou- « pable, j'ai transmis la syphilis et le cancer à ma femme et à mes « enfants, je suis voué aux flammes éternelles. »

Au cours de l'examen apparaît une importante dysarthrie spontanée qui s'accentue aux mots d'épreuve.

Au point de vue somatique, les réflexes sont vifs, mais les pupilles égales et normales réagissent convenablement à la lumière et à l'accommodation.

La ponction lombaire donne les résultats suivants : albumine : 0,30 ; cytologie : 1,2 ; Bordet-Wassermann : négatif ; benjoin : 00000.02221.00000.

Le malade est traité par électro-chocs : après cinq séances, il est transformé. Le syndrome de Cotard a complètement disparu. Le malade fait une critique parfaite de ses idées délirantes et de ses troubles de comportement. On assiste à une inversion de la formule thymique : la prostration, la tristesse et l'anxiété font place à une euphorie, une subexcitation, une loquacité de type hypomaniaque ; il présente même des illusions de sosie, affirme avoir déjà rencontré presque toutes les personnes qui l'entourent, donnant à ce sujet des précisions de temps et de lieu. Cet état ne dure que cinq à six jours. L'orientation dans le temps et dans l'espace redevient correcte. Il possédait notamment une notion exacte du temps vécu. L'exploration des autres fonctions mentales met toutefois en évidence un certain degré d'affaiblissement.

Une encéphalographie, pratiquée le 30 janvier 1946, ne montre que des lésions très minces : ventricules légèrement dilatés, élargissement modéré des sillons.

Cette observation comporte divers commentaires :

L'apparition de dysarthrie et d'affaiblissement intellectuel après l'électro-choc aurait pu faire penser que celui-ci avait contribué à déterminer un tel syndrome, ainsi que récemment l'ont prétendu certains auteurs. En fait, il s'agissait de signes majeurs d'une paralysie générale, qui se manifestaient d'autant plus nettement que le traitement de choc avait complètement dissipé les symptômes d'hyperthymie douloureuse. Il est intéressant de souligner qu'il y eut, entre les manifestations d'allure mélancolique et le début des signes démentiels et dysarthriques,

un intervalle libre de huit jours, pendant lequel le malade, sous l'influence de l'électro-choc, avait paru parfaitement normal.

La valeur pronostique du syndrome de Cotard a fait l'objet de nombreuses discussions. Pour Cotard lui-même, le délire de négation représentait une valeur de chronicité et d'incurabilité. Plus tard, Séglas et Falret, amendant cette notion, persistent à le considérer comme un élément de fâcheux pronostic, bien que non irrémédiable. Depuis lors, de nombreuses observations ont été rapportées d'états mélancoliques avec syndrome de Cotard dont la guérison avait été complète, quelle qu'en ait été l'étiologie. C'est une conclusion analogue qu'entraîne notre observation. A ce sujet, un point particulier peut être dégagé ; il est classique d'admettre avec Courbon et Guiraud que le syndrome de Cotard est fugace et transitoire dans la paralysie générale. Il n'en fut pas ainsi dans notre cas, ce qui semblerait indiquer que le syndrome de Cotard relèverait plus spécialement ici de la constitution maniaco-dépressive de notre malade.

Enfin, il nous paraît intéressant de rappeler la valeur pronostique de l'encéphalographie. Nous avons montré que les images, comparables à celles observées ici, comportaient un pronostic favorable dans la paralysie générale (1). Il semble que cette notion pronostique puisse s'étendre aux manifestations mélancoliques et l'on peut soutenir, à la faveur de cette observation, que la gravité de celles-ci est fonction des altérations pneumographiques constatées. Cette notion est à rapprocher de la valeur de l'encéphalographie au cours de certaines mélancolies d'involution (2), où la gravité des images radiographiques permet d'envisager une évolution particulièrement défavorable.

Schizophrénie apparue à la suite d'accès confuso-oniriques périodiques d'origine paludéenne, par MM. J. Delay, J.-A. Gendrot et R. Digo.

Observation. — Il s'agit d'un homme de 36 ans, André D., qui, jusqu'à l'âge de 25 ans, n'a présenté aucun trouble mental ; de caractère ouvert, sa vie sexuelle est normale, c'est un homme d'affaire réalisateur. Notons toutefois que les excès d'alcool, auxquels il s'est livré parfois, révélèrent un déséquilibre latent : au cours de l'un d'eux, il

(1) Jean Delay, P. Neveu et P. Desclaux. — L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale. Sa valeur pronostique. *Revue neurologique*, mars 1945, p. 89.
(2) Jean Delay, Mme Dreyfus et R. Digo.

manqua un jour écraser, avec sa voiture, son père qui lui barrait la route. « Pour lui faire peur », s'excusa-t-il par la suite.

Son hérédité est particulièrement chargée : *Lignée paternelle :* un frère de la grand'mère a deux filles internées ; un autre frère a deux enfants idiots, plusieurs moururent en bas-âge ; le grand-père est un alcoolique chronique ; un oncle paternel a présenté des troubles mentau *au cours d'accès palustres ;* le père est un déséquilibré alcoolique ; *Lignée maternelle :* la grand'mère a présenté un délire de persécution sénile ; le grand-père a fait plusieurs séjours en maison de santé pour « congestion cérébrale avec délire » ; la mère est une caractérielle paranoïaque.

Porteur de toute cette hérédité, mais apparemment tout à fait normal, notre sujet part aux colonies pour ses affaires. Il y contracte le paludisme et en particulier il fait, en 1930, à l'automne, un accès plus important suivi d'ictère. Puis il rentre en France, définitivement.

A partir de 1931, chaque année, vers le mois de septembre, il fera pendant neuf ans des crises fébriles que nous devons détailler : il s'agit d'accès de température brusque, avec claquements de dents, transpiration et refroidissement abondants, se terminant par des diarrhées et parfois des vomissements. La présence d'hématozoaires fut constatée dans le sang en 1931, mais non recherchée systématiquement par la suite. Cédant à la quinine, ces accès duraient en tout, les premières années, un jour ou deux.

Progressivement, la crise qui a toujours lieu vers septembre, s'accompagne d'excitation psycho-motrice puis d'un état confusionnel agité avec troubles ultérieurs de la mémoire allant de la dymnésie légère jusqu'à l'amnésie lacunaire complète ; au cours d'un de ces épisodes, en 1937, alors qu'il est en plein accès fébrile, il revêt son burnous, s'agite, et va danser dans le jardin, invitant sa famille à l'accompagner. « Je me croyais avec mes ouvriers arabes », dira-t-il par la suite. Régis avait noté que, chez certains paludéens, « le délire reporte chaque fois le sujet à l'époque de sa vie où il fut pris de paludisme ».

A partir de 1940, apparaissent des crises plus graves avec confusion, agitation anxieuse et hallucinations surtout cénesthésique et visuelles, durant quelques heures à quelques jours, souvent amnésiques et toujours saisonnières.

En septembre 1942, c'est le premier internement pour accès confuso-onirique avec fièvre légère (vers 38°), et recherche négative d'hématozoaires dans le sang. La crise débute brusquement par une anxiété suffocante suivie de scènes oniriques dont il garde quelques souvenirs précis : « Je voyais la lumière décomposée comme un hâle autour « de toutes choses. Je voyais un combat à l'ypérite entre Allemands « et Anglais. Je voyais des hippocampes dans les grains du raisin « qu'on me donnait, puis les grains étaient des yeux. Je croyais faire « un voyage entre ciel et terre, etc... »

Guéri complètement presqu'aussitôt, il sort quinze jours plus tard,

mais rechute peu après et est interné pour la deuxième fois, pour nouvel accès confuso-onirique, apparu brusquement au cours d'une promenade en forêt, expérience délirante dont il fait, revenu à lui, un récit lyrique. Cette fois, le malade a mis plusieurs semaines à retrouver son état normal. Nous soulignons ce retour à un psychisme apparemment sain. L'observation remarque, en effet, à cette date, quelques jours avant la sortie, décidée six mois après la deuxième entrée, qu'il est « normal dans tous les domaines, avec toutefois une légère minimisation des crises antérieures ».

Après trois mois de liberté, le malade revient, en juin 1943, dans un état d'excitation confuso-onirique très marqué, et il n'est pas sorti depuis. C'est alors que le certificat immédiat parle, pour la première fois, de discordance et d'une possibilité d'évolution schizophrénique.

Depuis cette date, le malade, qui est toujours interné, présentera cinq accès confuso-oniriques pendant les deux premières années, et, à ce propos, nous ouvrirons une parenthèse sur le rôle thérapeutique de l'électro-choc dans ces crises : les deux premières, laissées à leur évolution spontanée, durèrent environ un mois ; les deux suivantes, traitées par électro-choc, ont duré l'une à peine deux jours, l'autre trois jours environ. Le cinquième accès, sans traitement, a duré environ trois semaines.

Mais l'électro-choc n'a pas empêché l'évolution dissociatrice redoutée lors de l'entrée de se préciser de mois en mois. Les accès confuso-oniriques, d'abord saisonniers, sont apparus à dates plus rapprochées, puis ont disparu depuis plus d'un an. Il ne s'agissait plus d'accès oniriques francs : brusquement agité, hostile, le malade frappait ses camarades, cassait des carreaux, mais continuait à vivre des expériences hallucinatoires riches dont il parle avec réticence. Mais surtout, au cours de ces crises, apparaissait un état discordant aigu, mimique, affectif et intellectuel. Enfin, entre ces crises et depuis, s'est affirmé et aggravé un état chronique de plus en plus paranoïde avec troubles du cours de la pensée et expression verbale diffluente, nosologique, parfois impénétrable, schizophrénique. Son activité se réduit à des écrits paranoïdes, tels que : « La mouche baudrucheuse : utile parce-
« bedaine des pucerons avec son dard pondeur abdomino-terminal
« titillateur régulier. » Ou bien « Arôme cru, par Plante. Résumé
« agronomique et horticole à base d'arbre de fruits. »

Le double intérêt de ce cas réside dans le rôle étiologique joué par le paludisme dans la genèse de ces accès confuso-oniriques à répétition et, vu sous l'angle des psychoses post-oniriques, dans le mode d'entrée dans la démence précoce par une succession d'accès confuso-oniriques périodiques.

Le caractère périodique de ces épisodes aigus, certains traits (tels que les actes automatiques et l'amnésie lacunaire), rappelant l'épilepsie psychique, la gravité de l'atteinte mentale néces-

sitant parfois l'internement, enfin la fugacité des crises variant de quelques jours à quelques heures, tous ces symptômes rappellent les « Syndromes épisodiques des dégénérés » de Magnan, repris par K. Kleist, en 1926, dans son étude sur les « Etats crépusculaires épisodiques » (Episodische Dämmerzustände, Leipzig, Thieme, 1926).

Il s'agit bien d'un dégénéré au sens de Magnan, ainsi que le souligne suffisamment la lourde hérédité du malade (rappelons, en particulier, des crises analogues au cours d'accès palustres chez un oncle paternel). Mais le rôle du paludisme, révélateur et aggravateur du trouble latent, nous semble ici incontestable, et cela pour deux raisons principales : c'est d'abord, chez cet homme apparemment normal, l'apparition des premiers troubles mentaux au cours, et uniquement, d'accès palustres avérés. C'est aussi le caractère rythmique, saisonnier, de ces poussées fébriles de confusion apparaissant pendant neuf ans à l'automne, presque toujours en septembre.

Toutes les études sur les complications du paludisme soulignent la rythmicité des troubles consécutifs aux accès palustres, viscéraux, neurologiques, mentaux et autres. Ces mêmes travaux insistent, d'autre part, sur l'importance de l'apparition des symptômes confusion et onirisme au cours des accès. Il s'agit de prédisposés qui, généralement, guérissent totalement de leurs troubles mentaux. Dans un travail de W. K. Anderson (« Malarial Psychoses and Neuroses », Oxford University Press, 1927), sur 131 cas, 86 % guérissent, mais 14 % font une psychose palustre prolongée ou chronique. Parmi ces psychoses, 14 cas sur 131 ont présenté des tableaux cliniques de démence précoce. Signalons également ce cas de Laurès d'une démence précoce catatonique apparue à la suite d'accès palustres (thèse de Bordeaux, 1907).

Nous ne croyons pas, toutefois, qu'il s'agisse ici d'une schizophrénie d'origine paludéenne, mais bien d'un terrain dégénératif, sur lequel une infestation grave, comme peut l'être le paludisme, a déclenché des crises confuso-oniriques répétées, suivies d'une schizophrénie.

L'importance du paludisme dans l'étiologie des psychoses a été signalée par de nombreux auteurs (Régis, Hesnard, Kræpelin, Forrester, Anderson, Porot et Guttman, Vigouroux et Prince, Laurès, Pasmanik, etc.).

Régis, en particulier, signalait dans ses Traités que « ces psy-
« choses, qui peuvent affecter un type rémittent, intermittent ou
« même circulaire, tournent parfois à la chronicité », et il classe

ces faits dans le groupe des confusions mentales chroniques, qui englobe aujourd'hui la notion de schizophrénie.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Ce malade rentre dans le groupe des héréditaires, suivant l'expression des anciens auteurs. Quand ces sujets évoluent vers un syndrome de démence précoce, ils commencent parfois, avant de tomber dans un état chronique, par présenter des accès mentaux que l'on considère comme des accès de confusion mentale simple. Ces manifestations qui apparaissent sans cause ou à la suite de causes banales, ne s'accompagnent d'aucune altération du liquide céphalo-rachidien ; elles guérissent et les malades recouvrent un état mental plus ou moins normal après chaque accès.

J'ai appelé cette forme de démence précoce, démence précoce constitutionnelle, pour la différencier cliniquement et anatomiquement de la démence précoce encéphalitique consécutive à des atteintes toxi-infectieuses. En présence du cas actuel, cette distinction me paraît importante. Ce prédisposé, voué à la chronicité, a été traité par l'électro-choc, et certains cliniciens pourraient soutenir que c'est ce traitement qui a provoqué l'état chronique, ce qui serait une appréciation erronée.

M. G. FERDIÈRE. — Je possède une observation rigoureusement superposable à celle que nous venons d'entendre : c'est celle d'une jeune fille d'une vingtaine d'années qui a fait, à deux reprises, des amauroses transitoires, puis une confusion onirique avec agitation... L'examen neurologique montrait qu'il s'agissait d'une sclérose multiloculaire authentique ; le seul diagnostic qui ait paru possible jusqu'alors aux praticiens en face de ces cécités, cessant aussi brusquement qu'elles apparaissaient, et de ces phénomènes mentaux « bizarres », avait été, bien entendu, celui d'hystérie...

Bouffée délirante polymorphe. Forme mentale d'une sclérose en plaques. Constatations encéphalographiques, par M. Jean DELAY, Mme LEULIER et M. P. DESCLAUX.

Nous vous présentons une malade atteinte de sclérose en plaques. Un épisode initial a été caractérisé par une bouffée délirante polymorphe, dont l'étiologie a été d'abord méconnue.

OBSERVATION. — Marie-Josèphe B., domestique, âgée de 24 ans, a été internée dans le service, il y a deux ans, pour une bouffée délirante polymorphe avec syndrome d'excitation psychomotrice et idées de grandeur et de persécution sans systématisation chez une débile mentale. Pendant cette première hospitalisation, deux faits sont à

retenir pour lesquels rien ne permettait de donner une explication, l'examen neurologique étant négatif.

1° La ponction lombaire, pratiquée le 23 février 1944, nous avait donné les résultats suivants : albumine, 0,40 ; leucocytes, 120, avec quelques globules rouges ; Meinicke négatif et, pour des raisons malérielles, le Bordet-Wassermann et le benjoin n'avaient pu être faits.

2° L'encéphalographie gazeuse n'avait pas permis l'injection d'air des ventricules.

Cependant, traitée par quelques séances d'électro-choc, elle fut très rapidement améliorée et put sortir 2 mois après son entrée dans le service. Elle reprit alors normalement son travail pendant 2 ans.

Elle fut envoyée, il y a quelque temps, au service libre pour des troubles hystériques. Depuis quelques mois, elle se plaignait de paresthésies nombreuses et variables avec impression d'engourdissement et de fourmillements, sensation d'un liquide chaud ou froid lui coulant sous les seins, dans la colonne vertébrale et sous les bras. Parfois elle ressentait des plaques cartonnées sur le ventre et dans le dos.

A son entrée, elle présentait, en outre, des troubles de l'équilibre à type d'astasie-abasie qui ne permettaient pas la station debout et qui régressèrent presque complètement et spontanément en deux jours.

Elle venait d'être hospitalisée quelques jours à l'hôpital Dubois pour des crises d'étouffement avec constriction thoracique au cours desquelles serait apparue une paralysie faciale droite très transitoire pendant 24 heures.

A l'examen neurologique nous trouvons des réflexes tendineux exagérés, polycinétiques, avec signe de Babinski bilatéral. Les réflexes cutanés-abdominaux sont abolis, mais il n'existe que peu de signes cérébelleux. A l'exception d'un signe de Romberg, nous ne notons ni tremblement, ni dysmétrie, ni adiadococinésie. Pas de troubles sensitifs. Pas de nystagmus. Cependant, les signes pyramidaux avec abolition des cutanés abdominaux, suffisent à nous faire poser le diagnostic de sclérose en plaques, qui est confirmé cette fois par la ponction lombaire : albumine, 0,20 ; leucocytes, 10 ; Bordet-Wassermann négatif ; Meinicke négatif ; benjoin, 011000.02222.20000.

Les examens labyrinthiques et vestibulaires sont normaux, mais l'examen oculaire montre un début de névrite rétrobulbaire avec pâleur du segment temporal, surtout à gauche.

Quelques jours après son hospitalisation, la malade présenta une crise douloureuse abdominale avec arrêt complet des matières et des gaz, vomissements et hoquet. A l'examen, son abdomen était légèrement ballonné, avec météorisme. Cet état persista pendant plusieurs jours, nécessitant son envoi au pavillon de chirurgie. Cependant, l'intervention ne fut pas nécessaire, les symptômes d'occlusion ayant cédé brusquement. Ces crises viscérales ont été attribuées à des spasmes d'origine médullaire, elles sont sans doute comparables à celles signalées dans le tabès ou dans les myélites.

Nous tenons à insister sur l'importance des signes biologiques et radiologiques que nous n'avions pas su interpréter au cours de l'épisode délirant initial : la ponction lombaire, parce qu'elle traduisait, par l'hyperalbuminose et l'énorme leucocytose, une réaction inflammatoire infectieuse en évolution ; l'encéphalogramme, parce qu'avec ses ventricules mal injectés, ses nombreuses impressions digitales, il réalisait ce que l'on appelle le gros cerveau œdémateux.

La question a été récemment posée de savoir si la sclérose en plaques ne pouvait pas être imputée au traitement par les électro-chocs. On ne peut voir ici une relation de cause à effet dans la succession chronologique des accidents. L'enquête a, en effet, révélé que deux ans avant la bouffée délirante, la malade avait présenté une amaurose de trois semaines, pour laquelle le diagnostic d'amaurose hystérique avait été porté. Il s'agissait certainement de la première manifestation de sa sclérose en plaques.

En conclusion, les signes neurologiques qui ont permis de faire le diagnostic sont apparus récemment, alors que les premières manifestations remontent à quatre ans. Il s'est agi tout au début d'une amaurose transitoire que l'on avait qualifiée d'hystérique, puis, il y a deux ans, d'une bouffée délirante, et actuellement d'une astasie-abasie. Enfin, une pseudo-occlusion intestinale est survenue dernièrement, complétant le polymorphisme des troubles présentés par notre malade.

Les troubles mentaux de la sclérose en plaques ont fait l'objet d'un travail de M. A. Ombredanne (1). Un épisode psychique très comparable à celui que nous rapportons a été publié par M. Targowla dans l'*Encéphale* (2). D'autre part, MM. Schaeffer et Armingeat ont publé un cas de sclérose en plaques avec occlusion intestinale, par iléus spasmodique (3).

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances :
Pierre MENUAU.

(1) A. OMBREDANNE. — Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. *Thèse*, 1929.
(2) TARGOWLA. — Sclérose en plaques fruste à début mental. *Encéphale*, 1927, t. I, p. 629.
(3) SCHAEFFER et ARMINGEAT. — Sclérose en plaques avec céphalée très vive, accidents pseudo-comateux et occlusion intestinale par ileus psasmodique. *Société de neurologie*, 1937 (9 décembre).

Séance du Lundi 25 Mars 1946

Présidence : M. DEMAY, président

PREMIÈRE SEANCE

Décès de MM. Meuriot, Lévy-Valensi, Georges Dumas, membres titulaires

M. Demay, *président*. — Messieurs, j'ai le regret de vous faire part du décès de notre collègue, M. le docteur Henri Meuriot. Ancien interne des hôpitaux de Paris, fils d'un psychiatre éminent qui présida la Société médico-psychologique en 1898, il succéda à son père comme médecin-directeur de la célèbre maison de santé fondée par le docteur Blanche à Passy, qu'il dut transférer ensuite au château du Bel-Air à Villeneuve-Saint-Georges. Il était membre de notre Société depuis 1920 et présidait le Syndicat des médecins des établissements psychiatriques privés. Ses qualités professionnelles et sa courtoisie étaient unanimement appréciées. Ses obsèques ont eu lieu dans l'intimité, et M. le secrétaire général a exprimé à sa famille nos sentiments de sympathie attristée.

Messieurs, un des derniers actes présidentiels de M. le doyen A. Baudouin avait été de traduire l'inquiétude que nous causait le sort de notre collègue Lévy-Valensi et d'exprimer malgré tout l'espoir qu'il pourrait reprendre sa place parmi nous. Aujourd'hui, cet espoir n'est plus permis. Lévy-Valensi est mort à Auschwitz, victime de ces abominables persécutions allemandes, dont reste à tout jamais déshonoré un peuple qui osait se poser en défenseur de la civilisation européenne.

Ainsi, notre regretté collègue n'aura pu prendre possession de cette chaire de clinique des maladies mentales, à laquelle il avait été appelé pendant l'occupation, de même qu'il n'avait pu occuper en 1940 la chaire d'histoire de la médecine. Il était particu-

lièrement qualifié pour enseigner l'une et l'autre de ces spécialités. Passionné pour les travaux historiques, il publia successivement des études sur la *Psychopathologie des Bourbons,* l'état mental des *Régicides,* la *Médecine et les médecins français au* XVIIe *siècle,* nombre d'articles sur des sujets médico-historiques. Quant à son œuvre neurologique et psychiatrique, elle est, vous le savez, plus importante encore. Sa thèse sur le *Corps calleux* est restée classique ; avec Nageotte, il a décrit la méthode de numération des lymphocytes, partout appliquée aujourd'hui. Parmi ses nombreux travaux, je citerai ses ouvrages : *Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire,* les *Vertiges,* les *Délires,* les *Anxieux,* en collaboration avec le professeur Claude, et surtout les deux livres dont une seconde édition a attesté le succès : le *Précis de diagnostic neurologique* et le *Précis de psychiatrie.*

Médecin éminent, le professeur Lévy-Valensi était un homme sensible et bon, qui donna à son entourage, en maintes circonstances, des preuves tangibles de ses qualités morales. C'était aussi un patriote éprouvé et courageux : médecin de régiment en 1914, blessé en septembre 1915, sa brillante conduite lui valut la Légion d'honneur et une citation à l'ordre de l'armée. En 1939, il avait tenu à reprendre du service. Après l'armistice, il passa la ligne de démarcation et se rendit à Marseille, où il fit pendant quelques mois un cours de psychiatrie. Puis ce fut l'arrestation, Drancy, Auschwitz où s'accomplit son destin.

M. le secrétaire général a représenté la Société à la cérémonie religieuse qui a eu lieu en mémoire de notre regretté collègue. Nous conserverons fidèlement son souvenir.

Avec le professeur Georges DUMAS, disparaît un des maîtres de la psychologie française.

Agrégé de philosophie, docteur en médecine et docteur ès-lettres, M. Georges Dumas fut amené tout naturellement, comme son ami Pierre Janet, à s'orienter vers la *psychologie pathologique.* Ses premiers travaux portent sur la philosophie de *Tolstoï,* sur *Auguste Comte,* auquel il consacre sa thèse de doctorat de 1900 et son livre sur la *Psychologie de deux messies positivistes* (1905). Puis ce furent, entre autres, les études sur la *Tristesse et la Joie,* sur le *Sourire,* la *Mélancolie,* les traductions de Lange et de William James, les nombreux articles qu'il écrivit dans diverses revues philosophiques et psychiatriques. Avec Pierre Janet, il fonda en 1904 le *Journal de Psychologie normale et pathologique.* Son œuvre maîtresse fut la publication du *Traité de psychologie,* paru sous sa direction d'abord en deux volumes (1922-

1924), puis à partir de 1936 dans une nouvelle édition en neuf volumes, dont six sont actuellement parus.

En 1902, M. Georges Dumas avait été nommé chef de laboratoire de psychologie pathologique à la clinique des maladies mentales et, en 1913, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne. Son enseignement obtint un vif succès et contribua à attirer vers la psychiatrie de nombreux étudiants.

Le professeur Georges Dumas fut un de ceux qui contribuèrent le plus efficacement à l'expansion de la pensée française à l'étranger. Il se fit notamment le propagandiste des échanges intellectuels entre la France et l'Amérique du Sud, où il fonda plusieurs instituts. Comme l'a écrit magnifiquement Georges Bernanos, qui le rencontra au cours de sa dernière mission au Brésil, en 1938 : « Il aura été jusqu'au bout le vieux messager incorruptible de la fraternité française ouverte à tous, de toutes parts ouverte, le messager de la fraternité française universelle. »

Quelques semaines avant sa mort, notre regretté collègue évoquait dans une lettre à notre trésorier, le docteur Collet, le souvenir de son père, médecin à Lédignan, dans le Gard. qui prit une part active aux luttes républicaines après 1870. C'est à Lédignan, son village natal, qu'il s'est éteint lui-même à l'âge de 80 ans. Il était membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, et avait présidé en 1933 la Société médico-psychologique.

En votre nom, Messieurs, j'exprime à la famille de notre ancien président les condoléances de la Société, et, conformément à nos traditions, je lève la séance en hommage à sa mémoire.

M. le Professeur Georges DUMAS ayant été *président* de la Société médico-psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

DEUXIEME SEANCE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 11 février 1946 et le procès-verbal de la séance du 25 février 1946 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. OLLIVIER et VALLADE qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux ;*

une lettre de M. le Dr Henri BARUK qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Présentation d'un ouvrage imprimé

M. DUBLINEAU, *secrétaire général.* — La Société a reçu un ouvrage de M. A. MORAT, éducateur spécialisé, sur « *La pédagogie des enfants déficients dans les classes de perfectionnement* ».

Ce travail, publié par les soins du Centre régional d'éducation sanitaire de Clermont-Ferrand, est le résumé des méthodes utilisées en pédagogie de l'enfance déficiente, une bibliographie complète l'ouvrage.

Election de deux membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. H. BEAUDOUIN au nom d'une Commission composée de MM. Henri BARUK, CARRETTE, COLLET, HEUYER et H. BEAUDOUIN, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. CHANÈS	24 voix.
MICHAUX	24 voix.

MM. les docteurs Charles CHANÈS, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et Léon MICHAUX, médecin des hôpitaux de Paris, sont élus *membres titulaires de la Société médico-psychologique.*

Déclaration de vacances de quatre places de membre titulaire

Trois places de membres titulaires résidants et une place de membre titulaire non résidant sont déclarées vacantes. Les commissions d'examen des candidatures seront désignées à la séance du 27 mai 1946. Les élections auront lieu à la séance du lundi 24 juin 1946.

COMMUNICATIONS

La réforme des hôpitaux psychiatriques et les services ouverts, par M. Toulouse.

Promoteur de la prophylaxie mentale en France, fondateur de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle et des services ouverts dans le département de la Seine, je crois qu'il sera utile à mes collègues de connaître mon opinion sur les discussions qui ont eu lieu à propos du régime des aliénés et notamment sur le compte rendu publié dans le numéro de mars 1945 des *Annales médico-psychologiques.*

Je pense aussi que nos collègues étrangers, qui sont venus en grand nombre étudier mon initiative, l'ont appréciée et parfois imitée, et qui ont vu là une continuation de l'effort de Pinel susceptible d'ajouter au rayonnement de la France, seront heureux d'entendre ma voix, qui les rassurera sur la pérennité de l'œuvre que j'ai menée à bonne fin.

Notre éminent collègue Heuyer a bien voulu reconnaître toute l'importance de cette œuvre. Sans lui, on chercherait vainement dans ce compte rendu le nom de l'hôpital Henri-Rousselle. Cependant, plusieurs des membres de la Société qui ont pris part à la discussion avaient été mes collaborateurs, et la Société elle-même dans son ensemble s'était ralliée à mes idées, ou avaient été bénéficiaires de mes initiatives dans leur activité professionnelle.

Or, l'hôpital Henri-Rousselle existe toujours depuis 25 ans, prouvant ainsi, plus que tous les raisonnements, que l'idée qui m'avait inspiré était fondée : *un grand service de mentaux de toutes catégories, non soumis à la loi de 1838.*

Ce qui avait été tenté auparavant — et à quoi il faut rendre hommage comme à tout ce qui signifie un progrès — était inexistant pour le but que je m'étais proposé. D'ailleurs, partout, en tout temps, les hôpitaux avaient eu quelques lits réservés à des malades mentaux en observation, par nécessité d'ordre pratique.

Il y avait même eu des essais plus proches de l'idéal qui hantait tous les bons esprits, notamment le pensionnat de Fleury-les-Aubrays, limité à une catégorie de malades, la clinique d'Esquermes, fonctionnant encore sous le régime de la loi de 1838, pour l'admission des malades. Il y a longtemps à Paris que Magnan avait aussi ressenti la nécessité de n'interner les aliénés qu'après observation. Et, sur le porche intérieur de l'asile Sainte-Anne, ce nom

figure, indiquant que le service de l'admission n'était pas dans l'asile. Mais les aliénés que Magnan observait étaient internés avant d'être passés à Sainte-Anne. D'ailleurs, les établissements privés avaient une section libre, réservée à des pensionnaires.

A l'étranger, aucun des médecins dont j'ai reçu la visite, et qui manifestaient la même conception libérale, ne l'avait pleinement réalisée. Il restait donc toujours à créer un service libre, pouvant recevoir tous les malades mentaux sans formalités légales. Et lorsque, par ancienneté, au seuil de la vieillesse, j'arrivai à l'asile Sainte-Anne, je décidai d'entreprendre une réforme que je mûrissais depuis mon internat, et je résolus de le faire d'une manière absolue, en accord avec mon tempérament peu conformiste.

Mais autre chose que ce qui existait était l'ouverture d'un service libre, où l'on devait admettre tous les psychopathes et aliénés qui se présenteraient, sans choix extra-médical, sans formalité, ni pièces d'identité, ni engagement pour le prix de journée, sans certificat d'aucune sorte. Aussi, l'opposition fut-elle d'une violence inouïe. Et il s'en fallut de peu que le Parquet ne me poursuivît, que le ministre ne fermât le service, que le conseil général ne supprimât les crédits.

Je subis pendant quinze ans des attaques sans arrêt, qui fortifiaient mon élan anticonformiste, mais intimidèrent une administration timorée et eurent pour résultat de paralyser l'essor du service et de maintenir les asiles dans un état précaire. Aussi, ayant fondé l'hôpital sur des bases solides, je me décidai à demander ma mise à la retraite, bien qu'y échappant par une disposition personnelle comme ayant fondé une œuvre importante pour le département.

J'insiste sur la création extra-légale de l'hôpital Henri-Rousselle parce que c'est la clef de voûte de toute la réforme. Tant qu'on ne l'aura pas compris, ni surtout réalisé dans des textes nouveaux, on n'aura rien fait d'essentiel. Je dis *rien*, car l'esprit asilaire persistera, et aussi la mise en quarantaine des aliénés en tant que malades, et des psychiatres en tant que médecins. On n'encouragera pas les recherches, tenues pour inutiles étant donné le lourd préjugé qui pèse sur la médecine mentale. On n'accordera pas les crédits nécessaires. Les praticiens continueront à s'adresser plutôt à des neurologistes pour des conseils de psychiatrie. Et quand on aura besoin de locaux, comme au cours de la guerre, on n'hésitera pas à vider les asiles, ainsi que l'assistance publique a supprimé les services d'aliénés dans les hôpitaux, devenus anachroniques par leur soumission à la loi de 1838.

Or, l'effort de nos collègues les plus actifs dans la réforme est toujours de rattacher les nouvelles dispositions à la loi vétuste de 1838. Dans leur projet, l'initiative de l'hôpital Henri-Rousselle y est passée sous silence, le nom même de service ouvert n'y est pas prononcé, pour que les nouvelles mesures restent parées d'un voile conformiste. Mais on ne le connaît que trop, ce conformisme, et c'est cela même qui est le mal profond.

Par quel miracle, d'ailleurs, une loi conçue il y a plus d'un siècle, alors que la psychiatrie était dans l'enfance, serait-elle encore adaptée à nos conceptions médicales actuelles ? Et notamment en un temps où tout sur la terre est remis en question dans le domaine des idées et des institutions. Pour l'esprit de résistance à l'évolution, les psychiatres français jouent un peu le rôle du dernier carré de Waterloo dans la bataille mondiale du libéralisme.

Quelle serait donc la meilleure loi de réforme psychiatrique ? La meilleure serait celle qui n'existerait pas. L'hôpital Henri-Rousselle n'est soumis à aucune loi spéciale.

Cependant, pour défendre *l'intérêt du médecin,* je consens à faire sanctionner le maintien provisoire pour observation des aliénés dans un service libre par une disposition légale (dont je n'ai d'ailleurs pas voulu pour l'hôpital Henri-Rousselle), car en province des collègues pourraient être victimes d'animosités locales. Le maintien aux fins d'observation d'un malade suspect de troubles mentaux graves, pratiqué d'ailleurs dans tous les hôpitaux, ne serait pas considéré comme illicite, d'après des magistrats du Parquet de la Seine.

J'ai rédigé un projet qui satisfait à ces desiderata essentiels. Et ce projet pourrait faire la matière d'un décret, qui est plus facile à prendre et à modifier. Au contraire, une loi nouvelle est toujours plus difficile à obtenir du Parlement, où l'esprit juridique tend généralement à dominer. Personnellement, j'ai collaboré à un grand nombre de rapports parlementaires, dont aucun n'est arrivé à la phase de la loi. Parmi les projets que je connais, celui de M. Heuyer paraît le plus compréhensif des situations nouvelles.

Par un décret, on ouvrirait immédiatement tous les asiles pour en faire de véritables hôpitaux, où un petit nombre de quartiers serviraient à l'hospitalisation des malades dangereux et protestataires. Ce serait en somme la situation des hôpitaux actuels ayant des quartiers d'asile. Si, au contraire, on mélange les malades internés et les malades libres, le caractère asilaire ne sera pas changé et le préjugé persistera. La question des biens est

réglée dans mon projet. La loi de 1838 est un cadavre qui reste attaché à la psychiatrie française et demeure pour elle une source continue de germes de mort.

Qu'il me soit permis en terminant de rappeler que l'hôpital Henri-Rousselle fut le berceau de toutes les réformes psychiatriques réalisées depuis un quart de siècle :

Hôpital psychiatrique (dont le nom fut ultérieurement donné à tous les asiles français), largement pourvu de *Consultations spécialisées* et de *laboratoires.*

Centre de recherches.

Services ouverts fonctionnant en dehors de la loi de 1838.

Centre de prophylaxie mentale.

Dispensaire avec nombreuses consultations.

Service social avec assistantes sociales spécialisées.

Service de visites à domicile.

Il fut aussi le foyer des larges applications de la prophylaxie mentale à tous les grands problèmes actuels, à la criminologie par la *Société de prophylaxie criminelle,* à la sélection humaine par la *Société de biotypologie,* à l'étude rationnelle de la sexualité par la *Société scientifique de sexologie,* enfin par sa propagande à l'influence du psychiatre dans tous les champs de l'activité sociale.

Et tout cela fut réalisé sous le régime de la pleine liberté psychiatrique.

La narco-analyse psycho-somatique en psychiatrie,
par MM. Jean Delay, P. Desclaux et S. Shentoub Aljamal.

L'utilisation de l'état hypnagogique créé par les barbituriques intraveineux et spécialement le pentothal sodique a été préconisé en psychiatrie par Horsley sous le nom de *narco-analyse.* L'an dernier, nous avons attiré l'attention des psychiatres français sur l'intérêt des données fournies par cette exploration du psychisme inconscient sous narcose, dans des communications à la Société médico-psychologique et à la Société de médecine légale (1), en utilisant le 245 RP, homologue français du pento-

(1) Jean Delay, P. Desclaux, Pasche et Soulairac : Intérêt du 245 RP dans l'exploration du psychisme. *Société médico-psychologique,* 9 juillet 1945. — Jean Delay, Mlle J. Moreau et Suttel : 245 RP et crises hystériques. *Société médico-psychologique,* 9 juillet 1945. — Jean Delay, P. Desclaux, A. Soulai-

thal Abott (1). Mais si, dès nos premières observations, nous avons constaté la richesse du matériel psychologique ainsi révélé, nous avons été frappés par l'inégalité flagrante des résultats obtenus au point de vue thérapeutique, selon la manière dont étaient conduites l'exploration et la psychothérapie sous narcose. Avant de publier de nouvelles observations, nous avons attendu d'avoir mis au point, sur un nombre important de malades, une technique d'exploration et de psychothérapie.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (2), nous avons rapporté les résultats obtenus en l'espace d'une année sur 125 malades, en employant une technique particulière, que nous avons appelée la *narco-analyse psycho-somatique.* Cette appellation nous a paru doublement justifiée en tant que méthode d'exploration et méthode thérapeutique. *En tant que méthode d'exploration,* elle comporte, en effet, non seulement l'exploration des réactions psychiques du malade, mais celle de ses réactions physiques, non seulement l'exploration de son langage, mais celle de la totalité de ses conduites ; bref, de tout son comportement psycho-somatique. Il ne suffit pas, en effet, d'explorer les réactions verbales et leur contenu, mais il faut explorer les mimiques, les gestes, les attitudes, même le vêtement et la présentation générale ; l'apparition d'une mimique émotionnelle, toujours la même, chez le même malade, lorsque le cours des associations évoque le conflit névrotique, constitue en effet un véritable signal-symptôme : l'indice psycho-somatique. Il est très important d'étudier pendant la succession des séances, que nous répétons au rythme de trois séances d'une demi-heure par semaine, sans dépasser un total de vingt-cinq séances (3), les modifications du comportement psycho-somatique et de les comparer avec les comportements antérieurs, qui souvent s'éclairent alors et s'explicitent. En d'autres termes, il ne suffit pas d'enre-

RAC et SUTTEL : Le 245 RP dans l'exploration du psychisme inconscient. *Société de médecine légale*, 9 juillet 1945. — Jean DELAY et Mme LEULIER : Pseudo-sténose œsophagienne. Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'examen sous narcose. *Société médico-psychologique,* 11 février 1946.

(1) Dans le numéro de décembre 1945 des *Annales médico-psychologiques* a paru un article sur « la psychanalyse chimique » de M. P. COSSA et ses collaborateurs.

(2) Jean DELAY, P. DESCLAUX et S. SHENTOUB : La narco-analyse psycho-somatique. *Société médicale des hôpitaux de Paris.* 22 mars 1946. — Jean DELAY, P. DESCLAUX et S. SHENTOUB : Narco-analyse psycho-somatique et Médecine psycho-somatique, 22 mars 1946.

(3) L'injection d'atropine associée diminue les réactions spasmodiques présentées parfois au début par les malades et qui disparaissent avec les séances ultérieures.

gistrer un disque, il faut tourner un film, un film dont l'essentiel est souvent dans les images plus que dans les paroles ; il ne suffit pas d'entendre, il faut voir, et il faut voir et entendre *longtemps.*

En tant que méthode thérapeutique, elle comporte en effet une prise de conscience de la motivation psychologique non seulement des comportements psychiques, mais des comportements somatiques. L'effort du narco-analyste consiste à permettre cette prise de conscience en *dirigeant* les associations du malade, pour l'aider à comprendre la signification de ses comportements, grâce aux données de son expérience individuelle et aussi de l'expérience collective. La signification de certaines attitudes, de certains gestes, de certaines mimiques, de certaines parures peut être facilement saisie à l'aide de locutions populaires ou proverbiales, de rites, de mythes, de folklore, et cette utilisation des institutions collectives pour éclairer les comportements individuels nous a paru féconde. Lorsque le malade a compris le lien entre ses symptômes somatiques et leur motivation psychologique, se trouve accomplie une opération différente de la narco-analyse et que nous appelons *narco-synthèse.* Cette synthèse ne doit pas être apportée toute faite au malade, elle doit être son œuvre personnelle et le rôle de l'analyste se borne à l'aider par une utilisation de tous les indices psycho-somatiques et de toutes ses réactions sociales. Il va de soi qu'une telle méthode trouve ses applications électives dans le vaste domaine, désigné aux Etats-Unis sous le nom de *médecine psycho-somatique.*

Ainsi, la méthode complète apparaît faite de deux éléments : une *narco-analyse psycho-somatique,* basée sur l'exploration des comportements psychiques et physiques et de leur variation dans le temps ; une *narco-synthèse* psycho-somatique permettant une prise de conscience de la motivation des comportements psychiques et somatiques.

La *méthode d'exploration* peut être appliquée en psychiatrie à la plupart des syndromes et des maladies mentales, non seulement dans les névroses, mais dans les psychoses, non seulement dans les maladies fonctionnelles, mais dans les maladies organiques. Cette exploration systématique donne des résultats féconds et souvent inattendus. Tel persécuté réticent extériorise toute la systématisation de son délire, tel hystérique retrouve les souvenirs électivement abolis à l'état de veille, tel épileptique revit le contenu de son état crépusculaire et les péripéties de sa fugue, tel émotionné atteint d'un mutisme et d'un négativisme d'apparence catatonique assiste au bombardement qui déclencha son

catatonisme émotionnel, tel délirant chronique retrouve les épisodes oniriques qui marquèrent les moments féconds de sa psychose.

La *méthode thérapeutique* nous avait paru d'abord limitée aux états émotionnels. C'est que nous ne pratiquions pas alors la narco-analyse psycho-somatique *prolongée,* mais les résultats que nous avons obtenus par cette technique dans des névroses caractérielles laissent espérer des applications singulièrement plus étendues.

Nous nous bornerons ici à résumer nos principaux résultats obtenus dans les *névroses émotionnelles* et les *névroses caractérielles :*

1° Les *névroses émotionnelles.* — Les guérisons obtenues pendant la guerre par les psychiatres américains, dans le traitement des états émotionnels au combat, peuvent être étendues à l'ensemble des syndromes émotionnels apparus après un long intervalle libre, sous des masques si divers que leur vraie nature est souvent méconnue.

Un exemple de choc émotionnel *immédiat* est celui d'André L., 18 ans, qui, après un bombardement où son père fut scalpé et mourut devant ses yeux, fut hospitalisé à Sainte-Anne dans un état de catatonie émotionnelle avec mutisme, négativisme et catalepsie. Par moments, il présentait une crise singulière, son visage se détournait lentement vers la gauche, ses paupières étaient animées de frémissements, puis la tête se renversait en arrière et il présentait une crise oculogyre avec déviation du regard. La narco-analyse psycho-somatique fit revivre la scène traumatisante initiale et, dans un paroxysme émotionnel, amena la crise de déviation de la tête et des yeux chaque fois que le malade évoquait le visage de son père mourant : « C'était affreux, Monsieur, ses yeux s'étaient retournés comme cela. »

Des exemples de syndromes émotionnels *tardifs* nous sont fournis par les observations de Frédéric et de Denise :

Frédéric, manœuvre à la S.N.C.F., nous fut adressé par le service neuro-chirurgical de la Pitié pour des crises pseudo-jacksoniennes faciales se produisant plusieurs fois par jour. Elles consistaient en une sorte de tic de la face, avec crispations d'une moitié du visage, suivies par une occlusion lente, solennelle des paupières. Les examens biologiques (ponction lombaire, électro-encéphalogramme, pneumo-encéphalographie) restèrent négatifs. A l'état de veille, le malade ne

présentait aucun symptôme psychique anormal en dehors d'une débilité mentale (8 ans au Binet-Simon) et se plaignait seulement de ses crises. La narco-analyse psycho-somatique révéla que plusieurs mois avant le début de ses crises, la mère du malade, à laquelle il était passionnément attaché, était morte. Fait remarquable, cette mort de la mère était « oubliée » à l'état de veille, il n'en parlait jamais et présentait à cet égard une méconnaissance systématique du type des amnésies hystériques. Au cours des séances, le malade reproduit son « tic de la face » chaque fois qu'il évoque sa mère sur son lit de mort, avec des détails d'une extraordinaire précision, évoquant ainsi la dernière vision qu'il avait conservée d'elle et se sentant « en communication avec elle ». Dès qu'il eut compris, sous narcose, avec abréaction émotionnelle, la motivation psychique de ses symptômes, dès qu'il eut subi la narco-synthèse, il fut guéri, guéri de son amnésie élective et de ses crises hystériques. Il reprit son travail de manœuvre à la S.N.C.F. et n'a plus eu une seule crise.

L'observation de Frédéric est comparable à l'observation de Pierre Janet montrant que, sous hypnose, Irène, qui à l'état de veille avait oublié la mort de sa mère et présentait des crises hystériques, revivait en état second toutes les péripéties de cette mort. M. Janet avait constaté que dès qu'Irène fut capable de penser *volontairement* à cette mort, elle cessa d'y penser *involontairement* et qu'elle fut guérie de ses crises hystériques. Cette observation a pu être considérée comme le point de départ de la découverte de Breuer et Freud, qui montrèrent que la thérapeutique agit « en transformant l'inconscient en conscient », selon l'expression de l'un de nous, « en faisant passer un souvenir du plan de la mémoire autistique sur le plan de la mémoire sociale » (1).

Denise, 17 ans, nous fut adressée par un service oto-rhino-laryngologique des hôpitaux pour une dysphagie spasmodique irréductible. Le diagnostic de sténose œsophagienne avait été d'abord porté et avait entraîné une œsophagoscopie, des cathétérismes et une gastrostomie. A l'état de veille, la malade ne semblait présenter aucune anomalie psychique, elle apparaissait seulement timide et un peu inhibée. La narco-analyse psycho-somatique révéla qu'un jour, vers midi, les Allemands avaient fait irruption dans la ferme où la malade était en train de déjeuner avec ses parents, ils venaient chercher son frère qui était dans le maquis, ils l'accusaient d'être sa complice et la mirent en joue. A leur arrivée, sa mère avait dit : « Surtout n'aie pas l'air d'avoir peur. » Elle avait essayé de continuer à manger mais « rien n'avait

(1) Jean Delay : *Les dissolutions de la mémoire,* pages 144-145.

pu passer ». A ce moment, la malade *porta la main à sa gorge* comme si elle étranglait, et donna des signes de la plus vive émotion. On put préciser par la suite qu'un temps relativement considérable (plusieurs mois) s'était écoulé entre le choc émotionnel initial et l'apparition de la dysphagie spasmodique, comme s'il y avait eu une phase de méditation inconsciente. En une séance, la malade fut complètement guérie et le jour même s'alimenta normalement, ce que depuis elle n'a cessé de faire. Elle a repris sa vie normale.

Dans ces exemples et dans tous ceux de cet ordre, la guérison fut obtenue très rapidement. Il est inutile de faire ici une narco-analyse psycho-somatique en profondeur.

2° Il n'en est pas de même dans les *névroses caractérielles* où les séances doivent être répétées jusqu'à liquidation du conflit affectif névrotique qui se révèle à l'origine du comportement psycho-somatique morbide. Ici, devient nécessaire une narco-analyse prolongée, qui, en fait, est une narco-psychanalyse, d'autant qu'elle utilise toutes les ressources des découvertes de l'école psychanalytique, pour l'interprétation et pour la catharsis.

Tel de nos malades présente depuis la puberté une indifférence affective et sexuelle, des conduites bizarres, immotivées, qui ont fait penser à un début de démence précoce ; la narco-analyse révèle un complexe de Narcisse, « la seule fille que j'aime, c'est moi-même », lié à des fixations infantiles. Telle autre est amenée par son mari, pour des colères, des violences, rendant la vie conjugale impossible ; la malade est d'ailleurs frigide : la narco-analyse révèle que Bernadette n'a jamais pu accepter sa condition de femme, elle désirait être dans son ménage « le chef » par désir d'identification virile à son père, en rapport avec un complexe d'Elektre.

Jean-Marie, 40 ans, dessinateur, est un homme dont la vie est une suite ininterrompue d'échecs. Craintif, effacé, dominé par un sentiment de honte et de culpabilité, et la peur des responsabilités, il ne se sent un homme que quand il est « ivre », et il a été interné à deux reprises pour ivresse, fugues, violences à l'égard de son père, d'autant plus inexplicables qu'il est en dehors de l'ivresse un fils soumis et respectueux. La narco-analyse psycho-somatique révéla une agressivité fondamentale contre le père ; à chaque évocation de ses échecs, Jean-Marie met son avant-bras replié devant son front « *pour se protéger des coups* » que son père lui donnait enfant, en ces circonstances. Il s'est toujours senti écrasé par son père et a senti qu'il « ne serait jamais un homme, comme lui ». On note un désir d'identification à la mère. Au cours d'une séance, en évoquant une scène de son enfance, la vision des rapports sexuels entre ses parents, Jean-Marie *enfonce ses*

poings dans ses yeux, sans se douter qu'il réalise ainsi spontanément l'attitude même du mythe œdipien. La prise de conscience de ses fixations infantiles et de l'auto-punition que représentent ses échecs transforme le malade. Après seize séances, il s'occupe de vendre lui-même ses dessins, organise sa vie professionnelle et a des relations sexuelles normales avec une femme, depuis longtemps désirée, mais auprès de laquelle toutes ses tentatives sexuelles n'avaient abouti qu'à l'échec.

Suzanne, 38 ans, est soignée depuis douze ans pour des phobies et des obsessions. Sous narco-analyse psycho-somatique elle révèle immédiatement un inceste, viol survenu quand elle était petite fille par son frère, garçon beaucoup plus âgé qu'elle. Elle a toujours eu depuis un sentiment de honte et de culpabilité. Mariée, elle a été une femme frigide. Depuis quatre ans, elle a pour amant un pervers sadique qui l'oblige à subir des pratiques masochistes (flagellation, coups et même blessures) qui ont fait disparaître sa frigidité. Il s'agit d'un masochisme mental et sexuel, d'une névrose d'auto-punition liée à l'inceste, qui a marqué tout le développement psycho-affectif de la malade. Bien qu'elle eût vu de nombreux psychiatres, elle n'avait jamais « rien dit parce que ce sont des choses qu'on ne peut pas dire » (1).

Odette, 24 ans, a été successivement plâtrée pour une pseudo-coxalgie, opérée pour une pseudo-appendicite et deux pseudo-occlusions, soignée dans divers hôpitaux pour des épisodes pseudo-péritonéaux et pseudo-méningés. A l'examen, la malade se présente douce, bienveillante, se plaignant seulement de sa santé « alors qu'elle a tout pour être heureuse ».

La narco-analyse psycho-somatique révèle un conflit familial grave et le désir de la malade de capter l'affection des siens, à l'aide de ce refuge dans la maladie qui explique tous ses comportements psycho-somatiques.

Nous pourrions rapporter bien d'autres observations. Il est difficile de prévoir jusqu'où iront les acquisitions de la méthode. Elle a sur la *psychanalyse* l'avantage de la *rapidité ;* sur *l'hypnose,* l'avantage de tenir compte des facteurs de résistance ; en fait, c'est une hypno-analyse. Mais dès maintenant, il convient de mettre l'accent sur le fait que le pentothal sodique n'a pas une valeur magique ; ce qui compte, c'est la façon dont sont conduites l'exploration et la psychothérapie sous narcose.

(1) Cette observation sera rapportée en détail avec R. Leroy sous le titre : « La narco-analyse d'une obsédée masochiste. Le couple sado-masochiste ».

La paranoia de destruction : réaction de Samson et phantasme de la fin du monde, par M. Paul Schiff.

Nous avons déjà évoqué, devant la Société médico-psychologique, dans la discussion qui a suivi une présentation clinique des docteurs Briau et Pottier, l'une des observations qui fait l'objet à cette communication.

Il s'agissait de Jeanne X., une femme de 40 ans, ancienne dactylographe, ancienne mécanographe. Son psychisme s'était mal défendu contre les fatigues de ce dernier métier, dont nous avons signalé ailleurs les dangers.

Devenue d'abord courtière en mercerie, elle avait travaillé ensuite comme manutentionnaire et, l'incapacité sociale grandissant, elle avait fini par subsister seulement grâce aux secours officiels de chômage et par vivre cloîtrée dans une chambre louée autrefois à l'Office des habitations à bon marché. Pendant trois années, elle se refusa à payer son loyer ; elle estimait que la gratuité du logement lui était due, puisqu'elle habitait dans un immeuble appartenant à un Office de la Ville et que, d'autre part, l'Etat lui reconnaissait un droit aux allocations de chômage et enregistrait par là même son dénuement et son insolvabilité. Victorieusement elle lutta contre toutes les injonctions de l'Office. Après un an de discussions, elle versa 180 fr., puis s'abstint : « J'avais prouvé le maximum de bonne volonté. » Sa dette grossissait. Après deux ans de procédure, l'Office obtint son expulsion. Le commissariat de police attendit encore six mois avant de faire exécuter l'ordonnance. Le jour où des agents vinrent pour la rendre effective, personne ne répondit, la chambre était fermée à clef, de la fumée sortait sous la porte. La locataire s'était enfuie après avoir mis le feu à des torchons imbibés de pétrole placés sous les rares meubles, une petite bibliothèque était toute enveloppée de ces chiffons. Jeanne X. fut arrêtée en face de la maison, elle surveillait de la rue les progrès de l'incendie.

A la prison de la Petite-Roquette, trois jours après son arrestation, on est en présence d'une femme pâle, en mauvais état de nutrition, calme mais sthénique, vibrante et contenue à la fois, donnant ses explications d'un ton de voix posé mais rapide. « Je savais que l'incendie volontaire, c'est comme un crime. Mais je suis égoïste. Je ne pense qu'à moi. Rien n'a d'influence sur moi. A vrai dire, je n'ai pas beaucoup pensé aux autres locataires, ni à ce qui leur serait advenu si la maison avait pris feu. Après tout, j'habitais au septième étage. Rien n'a jamais eu d'influence sur moi. C'était injuste de réclamer de l'argent à quelqu'un qui ne travaille pas. J'ai toujours vécu seule. Avec mes livres. La lecture, c'était ma passion. Je ne lisais pas les mêmes livres que les autres ouvrières, je lisais des auteurs un peu recherchés.

Je les faisais relier, du temps où je pouvais le faire. J'avais des romans de Paul Bourget, de Pierre Loti et de Paul Brulat. J'avais beaucoup d'œuvres d'Ibsen. Tout était dans une bibliothèque — une bibliothèque vitrée », ajoute-t-elle sur un ton d'orgueil. « On m'avait dit qu'on vendrait mes livres. Je ne pouvais admettre que mes livres soient vendus à l'hôtel des ventes ou dans la rue, près du canal Martin. J'ai préféré les détruire plutôt que de me les imaginer aux mains d'un malotru. Ils représentaient ma vie. Je savais que tout me retomberait dessus si j'y mettais le feu, mais ça m'a soulagé de le faire. »

« Je me disais : advienne que pourra. Ce monde est fini pour moi. Depuis longtemps je pensais que le monde finira un jour brusquement. Quelquefois je pensais que ce serait moi qui serais la cause de cette fin. En incendiant mes livres je me représentais une immense catastrophe, avec le feu et l'eau et la terre et le vent déchaînés en même temps, détruisant tout. »

C'est une intuition de catastrophe, elle ne la voit pas, ne peut se la représenter.

« Maintenant je pense que je me suis peut-être trompée. Je me rends compte que j'étais surexcitée par l'idée que je perdrais mes livres. J'ai jeté le manche après la cognée. Je ne sais pas ce que je vais faire. S'ils appliquent le code, ils me condamneront à mort puisqu'on m'a dit que pour l'incendie volontaire, c'est la guillotine. Je sais bien que maintenant on fusille et on guillotine les femmes. »

On reconnaît, dans les dires de cette inculpée, bien des traits paranoïaques. Orgueil, ininfluençabilité proclamée. Autodidactisme. Vie retirée, repliement sur soi. Raisonnements erronés sur l'étendue de ses droits, opposition démesurée à la société, etc...

Le cas suivant se rapproche par de nombreux caractères de celui que nous venons de rapporter. Je reproduis ici le certificat d'internement rédigé en son temps :

« Le nommé Jean Y. présente un syndrome d'érotomanie sur fond de psychose paranoïaque et avec éléments de discordance mentale. Il est venu à Paris à la trace d'une vedette de théâtre et de cinéma qu'il avait croisée, sans l'approcher, dans une ville étrangère. Quelques instants avant la rencontre, il avait vu sur une affiche le portrait de l'artiste, le regard en était tombé sur lui avec la violence d'un rocher : avertissement du destin. Il a compris, par une intuition fulgurante, que l'actrice réalisait une figure idéale, poursuivie depuis des années dans des phantasmes et des essais littéraires, figure symbolisant une possible résurrection par la femme d'un monde voué à la mort.

« A écrit à l'élue pendant quatre mois des lettres bi ou tri-hebdoma-

daires, de plus en plus exaltées, d'abord amoureuses et érotiques, puis récriminantes, enfin haineuses et grossièrement insultantes. Ces lettres révèlent l'intuition amoureuse foudroyante, l'assurance et l'exigence d'être aimé, puis un télescopage de phases d'amour, de dépit et de haine, la certitude, en dépit de toute évidence, qu'on s'intéresse à lui, qu'on a des raisons profondes de l'accepter ou de le rejeter. A mis en œuvre, pour rencontrer l'objet, des ruses et une ténacité incessantes, l'a attendue pendant des heures devant son hôtel, l'a rejointe, insultée et finalement assaillie, menaçant de lui arracher un œil. Lui a effectivement infligé une blessure cornéenne sérieuse, certifiée par un ophtalmologiste des hôpitaux.

« Libéré après admonestation, il reprend aussitôt l'envoi des lettres de menaces, affirmant hautement son intention d'arracher et d'écraser les yeux d'une femme qu'il avoue ne pas connaître et qu'il qualifie de traîtresse à l'humanité parce qu'elle n'a pas donné son approbation aux essais littéraires qu'il lui avait adressés et parce que son regard sur l'affiche l'avait transpercé. Il erre quelques jours dans Paris avec sans cesse la pensée, dit-il, que le monde va s'écrouler sur lui, et se tire enfin une balle dans la région du cœur.

« L'anamnèse, contrôlée par des témoins familiaux, aidée par l'étude d'essais littéraires diffus et limités à deux ou trois thèmes égocentriques stéréotypés, révèle chez Jean Y. un caractère paranoïaque remontant à l'enfance et qui s'est développé après la puberté en un comportement, des actes et finalement une psychose paranoïaque. Remâchement incessant de sentiments avoués et proclamés de haine à l'égard de ses parents, de ses compatriotes, de la société tout entière, de tous les êtres vivants. « S'est toujours senti à rebours de tous et de tout. »

« Refus de travail, refus d'embrasser une carrière, a vécu durant des années de subsides plus ou moins impérieusement exigés. Goût inné de la solitude, culture raffinée de ce penchant, ratiocinement sans fin en paroles, lettres et essais littéraires sur le repliement et sur la désertion et l'apostasie de tous les devoirs. Brefs épisodes homosexuels. Quelques liaisons platoniques avec des femmes, en même temps haine de la femme parce qu'elle ne correspond pas à son idéal supra-terrestre. Emprise sur les parents et les personnes qui l'approchent.

« Obsession, depuis des années, par un phantasme de destruction universelle, phantasme à représentation visuelle vive qu'il essaie de traduire sous une forme littéraire. Menaces répétées, dans ses lettres érotomaniaques, de devenir un grand criminel, de tuer n'importe qui, de commettre un acte de destruction exemplaire, plus particulièrement de s'attaquer à un chef d'Etat.

« S'estime en proie à la haine de tous, se voit au centre des événements, un « cobaye mondial ». Interprétations erronées incessantes, ces derniers mois fausses reconnaissances, illusions diverses, sentiment de changement de la personnalité, ne reconnaît pas son visage

dans la glace. Sentiment de dissociation interne, de dédoublement, d'acteur jouant un rôle, dit avoir été incapable de discerner ce qui dans sa fantaisie de destruction universelle était pensée personnelle et développement littéraire, reconnaît qu'il n'est plus capable de renoncer au passage à l'acte et déclare que ces actes, agression contre lui-même ou contre autrui, sont « une nécessité de sa personne interne ».

« Stigmates hérédo-spécifiques, front olympien, nez en selle. Réflexes tendineux vifs. *Ponction lombaire :* tension 50 cm. ; albumine 0,30 ; globulines : Pandy +, Weichbrodt 0 ; leucocytes 3,2 ; benjoin : 00000.00222.00000. A la radiographie, balle de revolver dans le creux axillaire gauche.

« Cinq jours après sa tentative de suicide, Jean Y. a une attitude tranquille. Il prétend que cette tentative a eu un effet d'apaisement. Mais sa sthénie reste entière, en réalité, et derrière ses réticences serrées, ses demi-aveux, ses efforts pour placer son attitude sur un plan purement imaginatif et littéraire, on trouve les traits d'une psychose égocentrique, pathologiquement orgueilleuse et nettement agressive. Dans ces conditions, il est nécessaire, etc... »

Les papiers de ce malade contenaient trois volumineux manuscrits, trois versions différentes d'un roman inachevé, intitulé : « *A la découverte de la destruction. Mission au rivage sans borne* », plein de récits autobiographiques crûment et méticuleusement rapportés et de rêveries à caractère fantastique, rêveries, nous a-t-il dit, qui sont le contenu habituel de sa pensée et dont la réalité lui paraît plus certaine que sa propre vie. Jean y expose tout ensemble la double éducation qu'il a reçue (ses parents étaient de confessions différentes), la haine égale qu'il nourrit et contre son père et contre sa mère — il a insulté cette dernière sur son lit de mort — sa haine envers son entourage, envers sa patrie. Il se hausse, pour se formuler soi-même, à des invectives douloureuses : « O Lionel (son nom de héros), reviens dans ta ville en condottière vainqueur... Laisse tes forces s'irradier vers le dehors, et si tu es obligé de les contenir en toi-même, qu'elles éclatent en vengeance ! Je suis un fils de pirates, issu des ancêtres que mon imagination seule a créés, je suis une bête féroce édentée. Le malheur où je vis est le compromis par lequel je défends ma peau contre l'oppression de mes concitoyens sans vertèbres et sans nerfs... J'aurais voulu naître d'une grande hétaïre à l'antique, et j'ai été conçu dans des bas-fonds petits bourgeois, par une vieille fille crépusculaire et sèche, etc. »

Il se voit tel qu'il est, blême, myope et précocement chauve, et il se rêve un gladiateur blond et brûlé de soleil, au visage émacié, au

regard ironiquement cruel, revêtu d'un manteau noir et d'un casque d'argent clair. Le monde lui est étrange, dans la rue les passants lui apparaissent comme des vessies ridées suspendues à des ficelles. Tout en lui est « discordance et trahison », la femme est un leurre impossible et monotone, car l'amour n'arrive jamais à être ce qu'il doit être, ou une ascèse ou une débauche.

« Je porte en moi, dit-il encore, un désir farouche de détruire le monde, un désir fanatique mais qui ne rencontre que du vide... Je suis boycotté, je suis prisonnier, je n'arrive pas à trouver la liberté élémentaire. »

Avant de cingler vers sa mission, Lionel rêve une pyramide d'or : c'est une tragédie, un thrène de solitude, le chant caverneux de l'Unique. Dans une plaine fertile, la pyramide miroitante dresse ses gradins superposés aux angles desquels sont des héros en cuirasse, des héroïnes drapées de soie, ou en costume de cheval. Au-dessus d'elles — la sévérité de leurs visages les fait ressembler au Dante et elles font preuve d'une virile taciturnité — des corsaires travestis en femmes, pistolets au côté, avec des mains aristocratiques, des fronts de penseur et des mâchoires bestiales. La pyramide s'écroule et cet écroulement met le feu à la Ville tout entière dont les dômes flambent et s'effondrent, une salve de clairons éclate, tandis que Lionel sent que sa liberté approche et qu'il va pouvoir quitter les hommes-vessies.

Le soleil se lève, « comme un doigt sanglant dans les linges des nuages », Lionel arrive dans une immense montagne de granit vivant, il est dans une salle à colonnades et pleine de monde, les milliers de colonnes soudain se mettent à vaciller et s'effondrent. Par miracle un enchevêtrement de ruines le protège. Il longe le Lac des Orchidées. Un navire aigu, à proue relevée, s'approche pour l'évasion marine, mais l'interminable voyage n'est que fatigue et dégoût, il aboutit à un rivage terne, rongé et vide. Du sable mat, une lande pelée : le fameux « rivage sans borne ».

Un arc-en-ciel s'élève, un fleuve de feu remonte à contre-courant. Nouvelle salve de clairons et le missionnaire élu sait que le globe terrestre va éclater : c'est lui qui donnera le signal, il n'a qu'à presser la gâchette.

En réponse à une question, Jean nous dit qu'après cet éclatement du monde, il ne restera plus rien. « Il n'y aura même pas de néant. »

Dans une note jointe et portant en français la mention : « Pour la police », le malade charge celle-ci, « en toute lucidité », d'éditer après le suicide ses manuscrits. S'il y a carence de la police, il ordonne que trois écrivains non socialistes et dépourvus de sens social prennent le soin de donner un essor pieux à l'œuvre de sa vie.

Dans ces deux cas, il s'agit d'un délire d'interprétation-persécution, d'une paranoïa. On notera, dans le premier, l'orgueil,

l'ininfluençabilité, les raisonnements erronés sur l'étendue de ses droits, l'autodidactisme, la vie retirée, le repliement sur soi, l'opposition démesurée à la société. Dans le second, on rencontre l'érotomanie interprétative délirante, la haine de la société, l'égocentrisme, l'orgueil, le culte de la solitude, la surestimation des dons personnels, les raisonnements faux, la conviction d'être en butte à une haine généralisée. Dans les deux observations, les sujets ont abouti à des réactions criminelles graves : incendie volontaire et tentative d'écrasement d'un œil. Dans les deux cas, il s'agissait d'individus hantés par l'idée de la fin du monde et par le sentiment que le pouvoir était en eux de déclencher par un crime la catastrophe.

Nous croyons qu'il s'agit d'une variété de paranoïa qui mérite d'être individualisée, qui peut être cliniquement isolée et définie. Elle comporte deux éléments distincts : un phantasme catastrophique persistant et une réaction catastrophique active, qui doivent se trouver réunis pour qu'on puisse diagnostiquer une *paranoïa de destruction.*

Placés dans une situation que leur affectivité exacerbée ou délirante éprouve comme insoutenable, les individus de ce type réagissent par des actes qui, ils le savent, auront les plus graves conséquences pour eux-mêmes, mais qu'ils accomplissent pour se venger d'autrui. C'est une réaction spéciale à une situation difficile, à un malaise, à un conflit interne, un geste de défense démesuré et sanglant, une vengeance déchaînée et grossie jusqu'à l'absurde. Ces individus ne font pas la balance entre les diverses répercussions de leurs actes, ils ont une réaction des combles, dirait Pierre Janet, une réaction de tout ou rien. Le sujet consent à périr, mais à la condition que sa mort entraîne celle de l'être haï, ou même d'un groupe social haï. Par un acte cataclysmique, il venge d'un seul coup et sa propre mort et les outrages qu'il a subis durant sa vie. C'est alors une mort de vengeance consolatrice, c'est la situation du héros biblique : « Ceux qu'il fit périr à sa mort furent plus nombreux que ceux qu'il avait tués pendant sa vie. » (Juges 16 : 3). C'est une *réaction de Samson.* Comme Samson, ces sujets font s'écrouler l'édifice à la fois sur eux-mêmes et sur leurs ennemis. Le suicide par vengeance, étudié par Bermann et en honneur dans certaines populations, est un mode de cette réaction de Samson. Le crime de Julien Sorel, dans le roman de Stendhal, est un bon exemple littéraire.

Un certain nombre de crimes offrent ce caractère réactionnel, un petit nombre seulement et une analyse minutieuse des mobi-

les et de la délibération avant l'acte est nécessaire avant de les comprendre dans cette catégorie. Toute vengeance forcenée n'entre pas obligatoirement dans ce cadre, tout crime passionnel n'est pas forcément une réaction de Samson. Voici, par exemple, le cas d'un incendiaire, condamné à cinq ans de réclusion, et que nous avons examiné à la Maison centrale de Melun :

G. C., 56 ans, a neuf enfants vivants. A la mort de sa femme, une seule de ses cinq filles et le mari de celle-ci ont réclamé une part de l'héritage : une armoire, quelques sièges devaient leur revenir. Par haine de cette fille qu'il n'a jamais aimée « parce qu'elle était la plus jolie et qu'elle avait mauvais caractère », et par haine de son gendre, G. refuse le partage, refuse d'obéir aux injonctions légales, met au grenier les meubles litigieux, les entoure de chiffons imbibés d'essence et y met le feu. La ferme tout entière brûle, il y a plusieurs millions de dégâts. A la prison, il déclare qu'il a été surpris par l'extension de l'incendie. Il n'avait pu admettre que les enfants détestés entrent en possession de meubles au milieu desquels il avait vécu, mais il avait escompté que la vente des autres meubles indemniserait le propriétaire de tous dégâts et lui permettrait de recommencer sa vie dans une autre ferme.

La délibération, ici, avait été longue et calculée. Le calcul s'est trouvé faux, mais, dans son intention, l'acte n'avait pas de portée cataclysmique, ce n'était pas une réaction de Samson. Il est possible que celle-ci ne se produise vraiment que sur la base d'un phantasme longuement poursuivi de destruction universelle.



Ce phantasme de la fin du monde, en effet, est le deuxième élément constitutif de la paranoïa de destruction. Il représente un phénomène psychologique déjà connu, mais dont l'étude complète demanderait des développements. Nous nous bornerons à quelques indications générales.

Au point de vue clinique, les auteurs (Schilder, Storch, Kogan, Spring) sont d'accord pour attribuer à Freud le mérite d'avoir isolé ce symptôme clinique dans son étude sur le cas Schreber. Le délire cosmique de Schreber montre d'ailleurs une transformation et une transfiguration universelles plus qu'une destruction du monde. Les délires palingénésiques des anciens auteurs n'envisagent pas non plus clairement une telle destruction. C'est en ces dernières années seulement qu'ont été publiés de ces cas d'explosion affective avec visions d'anéantissement cosmique.

Le premier de cet ordre est celui de Kogan, où un dément précoce réagit à une situation insupportable pour lui, le remariage de sa mère quand il était adolescent, par un délire de destruction universelle. Comme dans notre deuxième observation, ce malade avait entrepris un périple marin solitaire avant le cataclysme mondial ; il en est le seul survivant, en tant que tzigane, diable solitaire ou billot de bois.

En 1934, Claude, Dublineau, Ey et Rubenovitch rapportent incidemment, dans l'histoire d'une schizomaniaque avec délire oniroïde, le propos suivant : « J'ai vécu la fin du monde. » La même année, Stauder étudie plusieurs cas de délire de fin du monde chez des épileptiques à visions terrifiantes de fleuves de feu. délires et visions que cet auteur a pu renouveler expérimentalement par des excitations labyrinthiques.

En 1939, Margulies donne une interprétation phénoménologique d'un délire de fin du monde, il le considère comme le résultat d'un conflit intrapsychique à caractère incestueux ; la malade poursuit ce délire tout au long d'une période confusionnelle, elle ne se considère pas comme responsable de la catastrophe. En 1939 également, Spring étudie chez divers malades la signification instructive à la fois des phantasmes hallucinatoires et de certaines affirmations coléreuses concernant l'anéantissement du monde, il les considère comme une extériorisation de haines secrètes contre le milieu familial ou hospitalier. Bonnafé et Tosquelles (1944) publient une observation de manie analogue à celle de Claude et qui débute elle aussi par une expérience onirique de la fin du monde ; les auteurs ont noté des visions de ce genre chez d'autres maniaques et des paraphréniques.

En somme, le délire de la fin du monde apparaît chez des déments précoces, des épileptiques, des maniaques. Nos deux observations personnelles concernent des paranoïaques, l'un d'eux avec des éléments de discordance. Si ce symptôme n'a pas de valeur diagnostique ou nosographique, la similitude du contenu cataclysmique dans des psychoses diverses peut apporter par contre une contribution intéressante à leur étude structurale. Il est conditionné par un élément commun, qui est *l'affranchissement par la destruction.*

Les auteurs qui ont tenté d'expliquer le phantasme, autant que de le décrire, aboutissent en effet à des conclusions concordantes. Il est un effort désespéré du malade pour lutter contre les perturbations de son monde spirituel, pour résoudre le dynamisme contradictoire de ses pulsions ; il constitue une projection démesurée du conflit intra-psychique, une extension indéfinie du sadisme libéré hors des contraintes sociales. Dans nos deux observations, la « sociabilité déçue », que nous avions antérieurement trouvée comme un élément fondamental de la

paranoïa, se manifeste par une extermination magique du support planétaire de la société. En étendant son trouble personnel au cosmos, le sujet en facilite la solution : il dilue et, par conséquent, affaiblit le conflit.

Sur l'origine de cette tendance structurale, la psychanalyse est en mesure de fournir des renseignements précieux. Elle a décrit avec détails, en effet, parmi les données élémentaires du psychisme, des pulsions d'agression et de destruction. Qu'on accepte ou non de les ranger parmi les « instincts » si controversés, dits « de mort », qu'on adhère ou non à l'idée d'une libido thanatique, ces pulsions ont une réalité clinique certaine, on les retrouve sans cesse au cours des psychanalyses thérapeutiques, on peut facilement en retracer l'origine jusqu'aux stades premiers du développement affectif de tous les sujets. Envisagés à ce point de vue, le phantasme de la fin du monde et la réaction de Samson consécutive apparaissent comme une régression à un stade infantile de l'affectivité, à ce stade dit « sadique anal », où les éléments de destruction se donnent activement carrière, avec une force proportionnée à celle de l'enfant. Au point de vue imaginatif, ils vont jusqu'à ces visions d'écartèlement, de démembrement, d'éclatement que l'école de Mélanie Klein retrouve systématiquement chez les tout jeunes enfants. Avant elle, déjà, Freud et Abraham avaient bien décrit le sentiment de la toute-puissance imaginative, à forme de destruction magique, dont l'enfant est possédé à ce stade. Chez l'adulte, ce sentiment de puissance peut entraîner des réactions criminelles, se développer en une paranoïa de destruction qui, comme d'autres formes de paranoïas (paranoïa d'intuition, d'allusion, de jalousie), montre souvent un affleurement remarquable des complexes inconscients.

*
**

Ainsi donc, le paradoxal phantasme de la fin du monde trouve une explication valable, si nous le rattachons à cette toute-puissance phantasmique du petit enfant à un moment de son évolution.

Mais il serait possible d'indiquer aussi des corrélations qui ne se bornent pas à la psychologie individuelle, mais touchent la psychologie collective. Il y a un aspect philosophique de la paranoïa de destruction : l'idée de l'anéantissement de l'univers est en relation avec les problèmes fondamentaux des origines et des fins, elle pose la question de l'être.

Sans nous y attarder, nous indiquerons quelques faits des

annales des religions qui concernent la mort planétaire. Les historiens ont rapporté des épidémies de terreur sacrée, surgies en Europe, à intervalles variables, sous l'influence des hérésies millénaristes, et malgré la condamnation, par saint Augustin, du chiliasme. De telles épidémies, qui ne semblent pas avoir été plus ferventes autour de l'an mille, se produiraient encore de temps en temps, sans rapport décelable avec une échéance du calendrier. Nous savons aussi que les eschatologies d'origines diverses, les révélations des prophètes juifs et des apôtres évangéliques, les livres saints de toutes les religions contiennent des apocalypses, plus ou moins explicites, de destruction justicière. Si les phantasmes de nos malades ont leur origine dans des instincts infantiles, c'est sans doute aux déluges du feu destructeur et purificateur et aux effondrements de la voûte des étoiles, tels qu'on les trouve dans les livres sacrés, qu'ils empruntent leur forme et leur coloris. Ils tirent leur origine de l'inconscient individuel et empruntent leur aspect à la tradition religieuse collective.

Avec leurs constantes palingénésies, les croyances en un jour du jugement sont d'ailleurs moins absolues que le nihilisme total auquel peut aboutir la paranoïa de destruction. Notre second malade professe un anéantissement parfait, sans résurrection : il dépasse les philosophes, pour qui le néant total est impensable, il va plus loin que les savants dont les hypothèses les plus hardies ont envisagé la mort que de notre planète seule.

Le problème psychologique posé par la paranoïa de destruction est donc vaste ; il nous a paru licite d'en esquisser les contours, en un temps où l'on essaie de faire de Sade un penseur — où un romantisme ressuscité réveille les vieux manichéismes et base des systèmes de l'existence sur le désespoir, l'angoisse ou l'absurde — où de vastes couches de population ont la poitrine serrée par la crainte des désintégrations nucléaires « en chaîne » et où l'on voit s'avancer, en avance d'un demi-siècle, la grande peur atomique de l'an deux mille.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham : *Intern. Ztft. f. Psa.*, 1923. — Bermann : *Arch. f. Psych.*, 1931. — Bonnafé et Tosquelles : *Ann. méd.-psychol.*, 1944. — Briau et Pottier : *Ibid.*, 1942. — Claude, Dublineau, Ey et Rubenovitch : *Ibid.*, 1934. — Freud : *Jahrb. f. psychoan. Forsch.*. 1911. — Pierre Janet : *Etat mental des hystériques.* — Klein : *Die Psychoanal. d. Kind.*, 1932. — Kogan : *Intern. Ztft, f. Psychoan.*, 1942. — Margulies : *Nederland. Tijdschr. f. Psychol.*, 1939. — Schiff : *Rev. fr. de psychan.*, 1935. — *L'Encyclopédie française*, VIII, 2, p. 855 (1938). —

SCHILDER : *Medizinische Psychologie,* 259. — SPRING : *Psychoanal. Quart.,* 1939. — STAUDER : *Arch. f. Psych.,* 1934. — STORCH : *D. archerisch primitive Erleben...* 1922.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC. — Comme le dit M. Schiff dans son intéressante communication, la question de la fin du monde préoccupe aujourd'hui bien des esprits. Dans un livre récent : « Les prophéties des derniers temps », le docteur Hamon montre l'intérêt que présente l'étude des prophéties bibliques, étude basée sur la compréhension des symboles utilisés par les prophètes. Peut-être les malades de M. Schiff ont-il été plus ou moins influencés par cette notion de la fin du monde qui renaît aujourd'hui sous l'influence des misères que subit l'univers tout entier.

M. MINKOWSKI. — L'attitude des malades à l'égard de la fin du monde peut être différente. Les épileptiques *vivent* la fin du monde. Chez d'autres malades, c'est l'idée, c'est le facteur rationnel qui prédomine. La place que la fin du monde occupe dans les conceptions religieuses est déterminée peut-être en premier lieu par la structure générale de ces conceptions et du monde qu'elles postulent et non par des conflits individuels.

Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade, par MM. S. FOLLIN et H. DUCHÈNE.

Dans une série d'études récentes, MM. Bonnafé, Chaurand, Tosquelles et Clément, abordant le problème de la structure en psychopathologie, ont indiqué que toute démarche tendant à saisir la structure de l'homme malade comprend un mode d'appréhension, une « intuition qui nous donne les formes », s'exprimant en tant que catégorie logique comme le « sens de la structure ». « Cette notion de sens, ajoutent-ils, ne peut prétendre à une valeur scientifique que dans une conception concrète du conflit. »

C'est ici, pensons-nous, qu'il est nécessaire de préciser une position méthodologique et de procéder avant toute chose à une analyse des conditions particulières de la connaissance du fait psychiatrique.

Cette « intuition sympathique », à laquelle gestaltistes, phénoménologistes et même certains psychiatres plus près de la tradition clinique française accordent une importance privilégiée dans la connaissance du malade, ne doit pas aboutir à une indi-

vidualisation extrême du diagnostic, sous peine de rendre impossible toute généralisation par l'introduction d'un irrationnel dans la pensée scientifique.

S'agit-il là d'une voie d'accès au « contenu », qui serait l'apanage de la phénoménologie existentialiste et de certaines formes de psychanalyse, engageant ainsi la psychiatrie dans un dualisme qui nous condamnerait à n'accéder qu'à des formes ou à des contenus, sans jamais pouvoir dégager le sens d'une structure ?

Nous ne le pensons pas, et il a paru nécessaire de rendre au fait indiscutable, que recouvre ce terme d'intuition sympathique, sa véritable signification, en nous replaçant dans les conditions concrètes de la connaissance en psychiatrie, en d'autres termes, de lui donner toute sa valeur rationnelle.



Avant toute chose, le psychiatre est un médecin. En ce sens, la relation du psychiatre et de l'aliéné participe du colloque singulier entre le malade et son médecin. Il y a là une sorte de contrat où le malade apporte sa confiance, le médecin sa science, dans un but défini : la guérison — ou mieux, la transformation de l'être malade en un être que l'on appelle sain ou normal, sans que cela soit un simple retour à un passé perdu.

Le médecin et le malade, dès qu'ils se sont rencontrés, ne se situent plus l'un par rapport à l'autre dans des relations contingentes, mais chacun d'eux par rapport au même but, à la même fin. Leur comportement respectif s'explique et se comprend à la fois (la forme et le contenu de leurs relations sont ici synthétisés) en fonction de ce but. On pourrait mieux dire en utilisant les termes de gestalt, comme l'un de nous l'a déjà fait avec M. Dublineau dans l'étude de certains troubles caractériels (1), qu'il s'agit ici d'un ensemble, d'une Gestalt médecin-malade, définie par la conduite médicale, avec tout ce que ces derniers mots comportent de signification.

Sans nous étendre sur ce point qui mériterait un développement particulier, signalons combien tout conflit entre la conduite médicale et un autre type, plus « prégnant », de conduite, trouble les rapports médecin-malade. Lequel d'entre nous n'a ressenti la difficulté d'une conduite médicale à l'égard d'un membre de sa famille, d'un ami, de quiconque ne se présentant pas à nous uniquement comme un malade ?

(1) Cf. *Ann. médico-psychol.*, janvier 1944, p. 21.

Et pour le médecin malade, quelle peine pour prendre une vue objective, médicale de son mal, dès que celui-ci constitue une menace (1) ! Comment ne pas osciller d'un fallacieux optimisme à un découragement désespéré ?

C'est aussi cette attitude médicale et non l'habitude, comme on le dit souvent, qui permet au médecin de ne voir que la malade dans la femme qui se présente à lui. (L'habitude n'immunise guère le Don Juan, ni le médecin en dehors de sa profession).

Quels que soient les développements possibles de cette notion de « gestalt » médecin-malade en médecine générale, l'ensemble psychiatre-psychopathe a son originalité propre. Il s'agit là de rapports psycho-sociaux, au sens le plus complet du terme.

Ici, comme pour tout ensemble de type gestalt, il existe une modification des parties en fonction de l'ensemble, et, à l'échelle psycho-sociale où nous nous trouvons, elle est particulièrement sensible.

Il est en effet banal de dire que le psychiatre doit adapter son comportement au malade. S'il veut « comprendre » en effet, pénétrer le sens de la structure morbide qu'il doit analyser en vue de s'efforcer de la modifier, il ne peut pas se contenter d'une attitude de froide observation.

A l'inverse, il se produit une modification du malade : celui-ci se comporte d'une façon différente vis-à-vis du médecin que dans d'autres milieux, ceci sous quelques réserves, sur lesquelles nous reviendrons puisqu'il semble que le malade se modifie d'autant moins que son état mental est plus grave. Rappelons seulement qu'il est des cas où cette transformation peut aller jusqu'à la guérison. (Il est bon nombre d'hystériques, par exemple, qui trouvent dans le rapport médecin-malade cette situation privilégiée qui fera disparaître leurs troubles).

Avant tout, insistons ici sur cet aspect méthodologique dont nous aurons à tirer des conclusions : *les conditions de l'observation modifient l'objet observé.*

Ceci est une règle générale de toutes sciences.

Pour la psychiatrie, nous dirons : « *La structure psychopathologique observée est toujours une structure modifiée en fonction de la relation médecin-malade.* »



(1) La plus fine analyse de ce conflit a été donnée dans « Les Thibault » par Roger Martin du Gard : Antoine, au contact de son patron, accède tout à coup à une prise de conscience médicale de son mal et comprend qu'il est perdu.

L'importance de ces considérations tient à ce qu'elles nous conduisent à une contradiction :

d'une part, impossibilité de l'observation psychiatrique, sans que la conduite tant du médecin que du malade ne se ramène à un ensemble, à une situation privilégiée ;

d'autre part, dans cette situation privilégiée, l'objet de connaissance, le malade, que l'observateur médecin cherche à appréhender, se transforme.

Une seule voie nous est ouverte pour sortir de cette contradiction : c'est une analyse rationnelle des conditions d'observation et de ce que nous appellerions volontiers « *la prégnance de l'ensemble* », c'est-à-dire ce qui fait que cette situation privilégiée se rapproche plus ou moins d'une bonne forme.

Le fond est ici le cadre général dans lequel se déroulent les relations du médecin avec son malade. Parfois, ce dernier vient spontanément consulter le psychiatre : il a conscience de son état pathologique et en souffre. Cette situation, condition de prégnance, permet entre le médecin et son malade des rapports de sociabilité normaux. C'est le cas habituel de la plupart des mentaux de clientèle ou de consultation.

D'autres malades ne viennent pas de leur propre gré. Avec ceux-ci, le contact au cabinet de consultation est extrêmement difficile, exigeant la formation d'une certaine sociabilité, dont le malade n'est pas capable. Médecin et malade sont dans deux champs de niveaux trop différents pour que l'ensemble qu'ils forment puisse avoir une prégnance suffisante.

L'hôpital ou le service psychiatrique est ici la première condition de cette prégnance : médecin et malade y accèdent, grâce aux conditions artificielles du milieu, à cette néo-sociabilité qui permet un contact plus facile.

Dans la psychothérapie de groupe, dont les premières publications américaines qui nous parviennent soulignent l'intérêt, le rôle du médecin s'efface devant l'adaptation du malade à des relations de sociabilité d'un type particulier. Mais, là encore, le médecin qui semble se borner à l'observation voit la structure pathologique se modifier dans la mesure où un contact s'établit entre les divers membres du groupe.

Ainsi, nous pensons avoir montré que cette notion de la structure des relations médecin-malade, considérée comme un « ensemble », constitue une réalité concrète, condition de la connaissance en psychiatrie, imposée du dedans — car il est impossible, en dehors de cette situation privilégiée, d'accéder à la structure

psychopathologique — imposée du dehors également, car les conditions de vie du malade et du médecin, loin d'être indifférentes, doivent être rapprochées, sous peine qu'ils ne se rencontrent jamais.

Et les facteurs biologiques ? Mais ils constituent eux-mêmes un élément de prégnance : n'est-il pas banal de dire que l'on comprend mieux un malade, qu'on se l'explique mieux (pour reprendre les termes de Jaspers, sans les opposer), lorsque des indications biologiques viennent éclairer un tableau clinique et donner des indications thérapeutiques ?

De même, la recherche scientifique, dans la mesure où elle se plie au but, la guérison du malade, est un facteur de cohésion de l'ensemble.



Deux exemples préciseront encore notre pensée. Dans certains syndromes psychiatriques, la psychanalyse obtient des résultats remarquables : ceci, pour autant qu'un transfert et un contre-transfert sont possibles.

Condition de la connaissance, le transfert qui exprime ici la prégnance de l'ensemble est également condition de la guérison.

Pour une schizophrénie, au contraire, la structure pathologique semble inaccessible au médecin sur le plan de la consultation : le diagnostic purement extérieur et en quelque sorte cinématographique ne permet pas de pénétrer le sens de cette structure, ni de la modifier.

Mais en milieu hospitalier, pour un effort constant du médecin et de ses aides, par le recours aux thérapeutiques qui semblent surtout agir en facilitant le contact, on peut voir le comportement du malade se modifier et parfois d'une façon considérable.

Il importe ici de remarquer que, dans une conception gestaltiste, le fond n'est pas le décor interchangeable sur lequel se détacherait la structure : il est vécu par le malade. Lorsque l'hôpital psychiatrique se borne à une garderie de chroniques, il aboutit à l'isolement (au sens de Goldstein) d'une structure que l'on fixe, en accusant ainsi ses caractères les plus pathologiques.

Entre ces deux pôles : névroses et schizophrénie, tous les intermédiaires sont possibles avec les modifications correspondantes des relations médecin-malade.

Enfin, il nous semble que, sous cet angle, la notion « d'intuition sympathique » dont nous sommes partis n'est l'expression ni d'un processus de pensée différent et opposé à la raison, ni de

la somme de constatations cliniques de détails enregistrés par le clinicien, mais bien une modalité de la pensée rationnelle, en rapport avec les conditions concrètes mêmes où celle-ci s'exerce.

Il y aurait quelque intérêt à comparer notre position avec celle de M. Minkowski. Chez lui, en effet, les « notions » « d'intuition sympathique » sur le plan de la méthodologie, ou du « contact vital » sur le plan de la clinique, traduisent également l'importance pratique et scientifique de la modalité des rapports médecin-malade.

Pour lui, cependant, « l'intuition » reste une expression de l'être, non dans la situation du couple médecin-malade, mais se rapproche du concept bergsonnien : intuition opposée à l'intelligence, voire à la raison.

Nous pensons donc pouvoir conclure : la présence de l'ensemble médecin-malade :

1° est une condition de la connaissance des structures morbides ;

2° entraîne une modification de cette structure, qui peut aller jusqu'à la guérison ou à la stabilisation dans un champ social lui-même transformé (néo-sociabilité).

Méthodologiquement, une telle façon d'envisager la structure exige :

1° l'étude biologique qui est elle-même un élément important de prégnance ;

2° l'étude des conditions sociales de vie du malade puisqu'elle va jusqu'à les transformer.

Il y a là un niveau particulier de la structure d'ensemble de l'être humain ; ce niveau est le plan psychologique, car psychologie et psychiatrie se fondent sur le contact des hommes entre eux.

Discussion

M. Minkowski. — Nous avons intérêt à aborder le problème sous son aspect concret. Ainsi des notions telles que l'intuition, quant au rôle qu'elle peut jouer pour le diagnostic, ou de transfert, quant à son rôle au cours du traitement, évoquent des situations précises que nous pouvons étudier de plus près. Le « couple médecin-malade » a été étudié à la dernière réunion des psychiatres suisses à Berne par le D[r] Blum ; il s'agissait plus particulièrement du rôle du médecin en présence de troubles névropathiques.

M. Dublineau. — L'étude qui nous est présentée s'intègre dans le problème très général — et très actuel — de la psychopathologie collective. Déjà, avec M. Follin, nous avions, à propos de l'étude du

« couple conjugal », posé le problème et dégagé la méthode à suivre. Dans l'état actuel de nos connaissances, la gestaltpsychologie apporte des éléments de compréhension. Précisément, et peut-être en raison de la nature plus spécifiquement biologique du problème « couple conjugal », aurais-je tendance à accorder une plus grande importance que les auteurs au versant interne des relations sociologiques en cause. En particulier, les données typologiques orientent fortement les affinités entre les deux éléments du « binôme typosocial » que sont ou les conjoints, ou d'autres couples comme le maître et l'élève, le malade et son médecin, etc. Ainsi doivent, comme nous l'avons exprimé ici, se dégager les bases d'une « typosociologie » où figurerait, à côté des « types sociaux », l'étude en profondeur des interactions en fonction des types individuels (v. « Le problème sociotypologique », *Ann. méd.-psychol*, 1945, II, p. 81 ; et « Introduction à une sociotypologie », conférence à la Clinique des maladies mentales, 27 janvier 1946).

Influence des facteurs ethniques sur l'éclosion des psychoses de captivité. Similitude entre certaines psychoses de captivité et les psychoses connues jadis sous le nom de nostalgie, par MM. E. CARROT et M. BACHET (du Val-de-Grâce).

Les psychoses de captivité dont il sera question dans cet exposé sont les troubles mentaux graves profonds, pour lesquels les médecins français des stalags ont obtenu le rapatriement des malades pendant les années 1943 et 1944. Cette définition évitera la confusion avec des états d'hyperémotivité comportant un grand dérèglement neuro-végétatif et des éléments dépressifs qu'on rencontre actuellement chez les rapatriés, quelquefois dans les consultations de psychiatrie, mais beaucoup plus souvent dans celles de médecine générale ou de cardiologie. Connu jadis sous le nom de « psychose des barbelés », cet état ne dépasse pas, dans l'immense majorité des cas, les limites d'un état neurasthénique pénible et persistant, alors que les psychoses dont il est ici question concernent des états délirants, hallucinatoires, oniriques, cataleptiques, confusionnels, etc...

Parmi ces malades ainsi rapatriés pour troubles mentaux graves, nous éliminerons tous les cas précédés d'une affection pouvant être la cause d'une maladie mentale (syphilis, traumatisme, alcoolisme, avitaminose, etc...). Tous les cas précédés d'antécédents psychopathiques personnels ou familiaux seront également éliminés ; cette recherche des antécédents a pu être minutieuse dans presque tous les cas et le contact avec les familles a été satisfaisant.

Restent donc des malades dont la psychose paraît avoir pour seule cause les événements vécus ; ce groupe est d'ailleurs le plus nombreux parmi les rapatriés en 1943 et 1944. Cependant, parmi les prisonniers français, l'immense majorité a vécu les mêmes événements sans présenter de psychoses. Il existait donc des facteurs prédisposants échappant à la nomenclature habituelle moderne des maladies mentales. C'est la recherche de ces facteurs qui nous a amené aux constatations que nous allons exposer.

Un fait domine, frappant par sa netteté, déroutant les habitudes de l'examen psychiatrique, inexplicable par les techniques coutumières de la recherche de l'étiologie des maladies mentales ; les psychoses, paraissant causées par les émotions de la captivité, sont plus fréquentes parmi les Bretons et parmi les originaires du Nord de la France. Ce fait a frappé chacun d'entre nous ; il ne s'agit pas, en effet, d'une légère prédominance, mais d'une disproportion éclatante par rapport aux autres régions. En voici un exemple : sur 120 malades ayant séjourné dans le service de l'isolement, aucun ne présentant d'étiologie connue acquise ou héréditaire de maladie mentale, 19 étaient originaires du département du Nord, 13 du département du Finistère, alors que la région parisienne (Seine et Seine-et-Oise) était seulement, avec ses 5.000.000 d'habitants, le lieu l'origine que de 17 malades, venaient ensuite le département des Côtes-du-Nord avec 7 malades, celui de l'Ille-et-Vilaine avec 6 malades, puis cinq départements avec chacun 4 malades (Calvados, Seine-et-Marne, Aisne et Meurthe-et-Moselle), tous les autres départements ne présentant qu'un ou deux cas ou même n'étant le lieu d'origine d'aucun psychopathe.

Cette prédominance n'est pas due à ce que les contingents originaires de ces départements ont fourni un plus grand nombre de prisonniers. D'autres départements ont fourni une proportion aussi importante de captifs avec peu ou pas de cas de psychoses. Elle n'est pas due non plus à l'alcoolisme acquis ou héréditaire dont pourraient être atteints les habitants de ces régions. La raison la plus évidente en est que ni la Normandie, ni la Gascogne, ni bien d'autres provinces, qui pourraient être citées comme subissant une répartition aussi importante de l'intoxication, n'ont fourni un nombre comparable de cas à la psychopathologie de la captivité.

A ce fait géographique, on peut associer quelques données moins brutes et qui l'expliquent peut-être partiellement. Ces données font appel aux habitudes, au mode de vie de ces sujets ; une étude plus longue mériterait le rappel d'impressions litté-

raires célèbres qu'on ne peut s'empêcher d'évoquer. Souvent, l'arrivée de la famille du malade éclairait utilement la manière dont la captivité avait été supportée. Dans le plus grand nombre de cas, ils n'employaient entre eux que leur idiome, ils arrivaient le plus souvent de villages ou de fermes éloignées ; tout dénotait chez eux l'enracinement des habitudes, la limite des ambitions au cadre local. Une vie qui paraissait non seulement ordonnée, mais scrupuleuse, comme portée au respect, à la croyance par un aspect de gravité. La même vie en cercle fermé était rencontrée dans les antécédents des psychopathes originaires d'autres contrées que la Bretagne, il s'agissait très souvent de paysans s'exprimant avec un accent de terroir très marqué. Par contre, ceux des malades ayant pour origine le département du Nord étaient le plus souvent des ouvriers des mines ou des usines des villes industrielles. Cependant, là encore, on retrouve des habitudes sociales particulières ; ces sujets étaient nés de familles très pauvres, élevés dans les foyers comprenant six à huit enfants, souvent plus, n'ayant souvent qu'une instruction primaire rudimentaire, les sentiments affectifs sont profonds et toujours empreints d'une sorte de naïveté, un peu enfantine. Presque toutes ces familles emploient le patois et ne s'expriment en bon français qu'avec un accent très marqué.

Quelle que soit la province d'origine, on retrouve presque toujours, dans les antécédents de ces psychopathes, d'abord la rareté ou l'absence complète de voyages d'une distance importante de leur pays d'origine ; certains campagnards vivant à 30 km. de plages célèbres n'avaient jamais vu la mer ; ensuite, un épisode dépressif lors de la première incorporation à l'âge de 20 ans, avec larmes, isolement ; enfin, dans une proportion remarquable, ces sujets restent chastes, un très grand nombre qui se sont mariés à 26 ou 28 ans n'avaient jamais eu de rapports sexuels. Une vie ordonnée et scrupuleuse, sans initiative personnelle souvent, mais non toujours exempte d'alcool, a été celle d'un nombre important de ces malades avant la guerre.

Toutes ces constatations évoquent la littérature et pourront paraître inattendues dans une recherche étiologique de maladie mentale, mais on nous accordera que notre expérience est également inhabituelle. La captivité de nos prisonniers en Allemagne a provoqué une expérience psychopathologique jamais réalisée, l'événement étant sans précédent dans l'histoire ; au cours des autres guerres, y compris celle de 1914-1918, le nombre de prisonniers était beaucoup plus faible et la durée de la captivité

souvent moins longue. Or, le service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce eut le privilège pendant l'occupation de recueillir le plus grand nombre des malades rapatriés pour troubles mentaux, pratiquement tous ceux de la zone Nord. Contre les données statistiques élaborées au lieu de réunion des victimes, nous ne pouvons rien, même si elles nous entraînent sur un terrain non pas sentimental et littéraire, mais où les données de la littérature devraient se rencontrer avec celles des études psychosonologiques.

Ici, s'impose le rappel des études anciennes sur les troubles mentaux, réunis sous le nom de nostalgie (1), en particulier de celles des médecins militaires du premier Empire (Guerbois, Larrey, Begin, Laurent, Percy, etc.). Une maladie sévit chez les soldats de Napoléon Ier au cours des campagnes lointaines, dont les conséquences étaient aussi graves et causaient autant de préoccupations au commandement qu'une épidémie de dysenterie, par exemple. Cette maladie connue d'ailleurs antérieurement atteignait presque exclusivement les jeunes recrues ; ses descriptions sous le nom de nostalgie offrent, avec un nombre important des psychoses de captivité, une triple similitude qui découle : 1° de l'identité du lieu d'où proviennent les malades à plus de 100 ans de distance ; 2° de la ressemblance du caractère et du mode de vie ; 3° de la ressemblance clinique des troubles mentaux.

Pour ce qui est du facteur géographique, il n'est pas un auteur, ayant traité de la nostalgie au siècle dernier, qui n'ait insisté sur l'atteinte élective des Bretons. La lecture de plus de 40 travaux ayant traité du sujet est complètement convaincante. En 1870 même, la maladie atteignit même uniquement les mobiles bretons amenés à Paris.

Pour ce qui est des particularités caractérielles des sujets atteints, rien ne manque à la ressemblance. Le mode de vie, les habitudes ancestrales, l'usage d'un dialecte spécial sont déjà invoqués au XVIIIe siècle pour expliquer la nostalgie des Suisses éloignés de leurs montagnes. Voici au hasard quelques citations tirées des études du XIXe siècle, concernant les facteurs prédisposants : « une vie écoulée presque tout entière sous le toit familial », « des relations enracinées », « une instruction peu étendue », « une sensibilité vive, facile à émouvoir », « les Bretons isolés, aux impressions limitées à un très petit espace », « les

(1) Nous adressons nos bien vifs remerciements au Dr Jacques Baruk pour les conseils qu'il nous a donnés quant aux recherches bibliographiques.

affections réduites à un petit nombre, ce qui les rend les unes et les autres plus tenaces et plus vives ». Nous pourrions multiplier à volonté les citations corroborant nos conclusions, quant aux habitudes antérieures et au tempérament des malades.

Pour ce qui est de la ressemblance clinique, il est frappant de retrouver dans les descriptions du Ier Empire le début de la majorité des psychoses de captivité de 1940, dans la tendance à l'isolement, le ralentissement, le mutisme, les crises de larmes, l'anorexie. Plus tard, venaient l'insomnie, l'agitation nocturne, les rêves, le nostalgique voyait ses parents, ses cîmes, comme le captif de 1940 subissait un mentisme anxieux, puis un onirisme, au cours duquel il voyait et entendait sa famille. La fugue du nostalgique « au plus haut degré » de la douleur ressemble à la fuite hors du Kommando, n'importe où, fuite du prisonnier « poussé à bout » dans un état psychique, au carrefour du délire anxieux, de la confusion et de l'anxiété entendue. Le syndrome de « nostalgie aiguë » décrit par Bégin et Larrey est aussi un état confuso-hallucinatoire avec agitation, comparable à celui qu'ont présenté la grande majorité de nos malades, syndrome qui se termine soit par la guérison, soit en laissant une séquelle où domine l'hallucination chronique.

Certes, chez un très grand nombre de grands psychopathes de captivité, on rencontre des signes ne paraissant pas découler directement de l'état nostalgique, en ce qui concerne le thème des hallucinations, la construction du délire. Ce qu'on peut affirmer d'une manière quasi-absolue est la proposition suivante : plus le prisonnier a vécu en cercle fermé, confiné à des habitudes régulières rurales, est peu instruit et emploie un dialecte, plus sa psychose de captivité se rapproche du tableau de la nostalgie du siècle passé ; par contre, plus le sujet a mené une vie adaptée à toutes les conditions modernes, plus la psychose de captivité s'écarte du tableau de la nostalgie ancienne pour prendre la forme d'un trouble de l'adaptation plus logique, plus cohérent quant aux causes de l'anxiété psychogène.

Les descriptions des médecins de l'armée nous paraissent, indépendamment de tout sentiment de patriotisme local, mériter une place bien au delà de la curiosité historique, c'est-à-dire dans les dossiers et de la psychiatrie et de la géographie humaine. Néanmoins, comme l'on est actuellement peu habitué à entendre citer des auteurs de l'époque de Cabanis autrement que d'une manière anecdotique et pittoresque, nous avons cru devoir utiliser l'appui, à vrai dire inattendu ici, que nous apportait le travail inaugural de Jaspers, ce travail intitulé : « Heimweh und Ver-

brechen » (Nostalgie et crime), dont aucune traduction française ne paraît avoir été publiée à notre connaissance. Il venait à la suite d'autres ouvrages allemands importants traitant du même sujet. Il s'agissait de jeunes filles nées d'un milieu pauvre, misérable, qu'à un âge variant entre 9 et 16 ans, leurs parents plaçaient dans des familles où elles avaient à s'occuper de très jeunes enfants. Cette séparation entraînait la dépression d'un état nostalgique extrêmement pénible, avec angoisse, mutisme, crise de larmes, fugue vers le foyer familial, d'où la petite bonne était brutalement ramenée chez ses patrons, le désespoir augmentait, le drame éclatait, la nostalgique massacrait sauvagement les jeunes enfants qui lui étaient confiés. De tels faits avaient été déjà signalés par Esquirol, par Le Grand du Saulle, mais l'intéressant travail de Jaspers réunit une quinzaine de ces drames qui s'étaient produits en Allemagne, au cours d'un espace de temps de plus d'un siècle. Chez ces jeunes filles, le retard intellectuel n'était pas rare, mais, lorsqu'il existait, il était modéré ; il ne s'agissait pas d'idiotes, ni d'imbéciles ; enfin, la débilité paraissait manquer dans certains cas. D'après Jaspers, la malade Appolonia était calme, réfléchie, travailleuse, appliquée. La malade de Kaupler était 13e sur 32 dans sa classe, celle de Richter une assez bonne élève. Mais dans tous les cas, quelle que soit la violence, la sauvagerie ayant accompagné le crime, l'impression de haine, de vengeance qu'il évoque, la vie de la jeune criminelle dans sa propre famille révèle la douceur, l'attachement profond, le dévouement envers les autres membres de la famille et particulièrement envers les jeunes frères ou sœurs en bas-âge.

Nous ne nous attarderons pas ici sur la « phénoménologie » du crime par nostalgie, crime absolument inutile puisqu'il ne saurait amener le retour au foyer et dont Kretschmer a fait le prototype des actions de circuits. Nous retiendrons surtout un terrain analogue chez ces enfants à celui de la nostalgie qui détermine les psychoses chez les adultes. Une vie pauvre, confinée dans une famille nombreuse, misérable, et c'est Jaspers lui-même qui souligne ces particularités de ce terrain sous le nom de mentalité infantile : « Même en ne considérant pas comme nécessaire au crime par nostalgie la faiblesse d'esprit ou la valeur inférieure morale, il y a toujours présente, comme nous pouvons le constater, une condition préliminaire : le degré de développement relativement infantile. Ceci est aussi la raison pour laquelle, certains, dans leur zèle de placer ces cas dans des schémas communs, les rangent dans le cadre de l'imbécillité. Ce n'est pas une faiblesse d'esprit, mais un horizon resté étroit par

l'entourage et l'éducation, mais une limitation des sentiments sur le terrain de la vie qu'on trouve chez les criminels par nostalgie. »

Cette dernière phrase de Jaspers achève donc de démontrer l'identité absolue du terrain entre les jeunes nostalgiques criminels et les nostalgiques adultes des psychopathes. Sans doute, la manifestation est bien différente ; crime pathologique cruel d'une part, délire, hallucination et confusion d'autre part ; cependant, ces réactions si différentes sont l'aboutissement d'une même période initiale où règnent la dépression anxieuse, le mutisme, l'anorexie, etc... ; et d'ailleurs, cet exemple ne serait pas le seul où une même cause de maladie mentale se traduisant chez l'adulte par un délire se traduirait chez l'enfant par des actes pervers.

En résumé :

une simple étude statistique démontre de façon formelle le nombre infiniment plus grand de psychopathes graves parmi les sujets originaires des départements bretons et flamands ;

un fait rigoureusement identique avait été constaté et longuement décrit au cours du siècle précédent, en particulier à l'époque des guerres impériales.

L'étude des caractères ethniques de ces sujets, de leurs habitudes, de leur mode de vie caractérisé par l'enracinement, le caractère des ambitions bornées à un cercle étroit souligne encore l'analogie entre la grande majorité des psychoses de captivité et les états de nostalgie. Les études allemandes, en particulier la thèse de Jaspers, viennent à l'appui des constatations précédentes.

L'ensemble de ces faits constitue une première preuve du caractère réactionnel de la grande majorité des états psychopathiques de la captivité.

Deux années de fonctionnement d'un institut médico-pédagogique, par M. J. Rondepierre.

Depuis le 6 janvier 1944, trois pavillons de la maison de santé de Neuilly-sur-Marne ont été changés d'affectation et réservés à des enfants arriérés perfectibles.

Il est plus compliqué, on s'en doute, d'organiser un institut médico-pédagogique qu'un service libre (1).

(1) Voir communication *Soc. méd.-psychol.*, 28 janvier 1946.

Il faut, en effet, un *personnel spécialisé.*

Les instituteurs. — Ils doivent être titulaires du certificat d'aptitude pédagogique pour arriérés. C'est la solution idéale à laquelle nous n'avons encore pu parvenir, mais qui pourrait être prochaine. On ne saurait s'étonner des difficultés de recrutement de ce personnel, auquel l'Administration ne peut octroyer que 5.250 fr. par mois (ni logés, ni nourris).

Les éducateurs. — En attendant d'avoir les diplômés sortant d'écoles de cadres spécialisés (type Montesson), l'Administration préfectorale a bien voulu me faire confiance. J'ai donc choisi, *dans mon personnel infirmier*, mes éducateurs et mes éducatrices. Les notes antérieures, l'intelligence, l'allant, la prestance, la tenue, la connaissance d'un métier manuel sont entrés en ligne de compte pour ce choix. Parmi les candidats acceptés : un électricien, un ébéniste, un menuisier, un coiffeur. L'essentiel, en effet, est de réaliser pour les pupilles — outre une instruction scolaire qui n'a pas besoin d'être très poussée — une sorte de pré-apprentissage, permettant d'aiguiller l'enfant vers un métier et même lui en donnant les premiers rudiments. Et, à ce propos, disons-le tout de suite, l'accolement d'un institut médico-pédagogique à un hôpital psychiatrique, si critiqué par certains, est, au contraire, particulièrement favorable à ce point de vue : un hôpital psychiatrique possède, pour chaque métier, un ou plusieurs ouvriers, généralement fort instruits de leur profession, l'ensemble offrant aux enfants toute une gamme, dans laquelle ils pourront choisir selon leur goût ou être placés selon leurs aptitudes ; ce grand nombre d'ouvriers permettra, en outre, de ne pas imposer plus de deux ou trois enfants par atelier, si l'on veut que l'ouvrier ne soit pas uniquement professeur (il a son service d'entretien à assurer pour l'établissement) et puisse s'occuper utilement de ses élèves et les surveiller constamment. Il est évident qu'une éducation de certains d'entre ces ouvriers sera, dans certains hôpitaux psychiatriques, nécessaire pour les habituer à ces fonctions, nouvelles pour eux. L'objection de la rencontre possible entre enfants et aliénés ne tient pas avec une bonne organisation ou s'il s'agit, par exemple, de ces persécutés tranquilles, dont même les adultes profanes méconnaissent le délire ; on ne saurait, dans ce domaine, nous semble-t-il, faire preuve d'une intransigeance absolue ; ce qui est vrai en théorie peut souffrir quelques exceptions et nous ne pouvons, nous psychiatres, accepter l'argument du public du danger de contamination psychopathique !

A l'usage, nos éducateurs se sont révélés tels qu'ils doivent être à mon sens : corrects dans leurs propos et leur tenue, assez alertes pour participer aux jeux sportifs, capables de donner aux enfants des conseils sur tous les sujets, leur apprenant une sorte de morale « pratique » à l'occasion des menus incidents de la journée, enfin, agissant, avec ces anormaux, comme ils le font, rentrés chez eux, avec leurs propres enfants.

Un de nos éducateurs va suivre des cours d'orthophonie à Paris, deux autres des cours de gymnastique corrective ; en effet, les troubles de la parole, comme les anomalies physiques justiciables d'une orthopédie active, sont fréquents chez les arriérés. Peu à peu, j'espère spécialiser chacun de mes éducateurs — qui le sont déjà, d'ailleurs, pour la plupart — du fait de leur ancien métier dont ils enseignent les rudiments.

Une fois par semaine, des chefs scouts, que les éclaireurs de France nous ont très aimablement proposés, initient nos garçons de 12 à 14 ans au scoutisme, dont l'éloge n'est plus à faire.

Les 120 enfants sont répartis en 8 divisions, dont un jardin d'enfants. Nous avons donc 8 instituteurs ou institutrices. Les éducateurs ou éducatrices sont au nombre de 12 : 2 par équipe et par pavillon. Le personnel comporte, en outre, 14 infirmiers ou infirmières, deux surveillants ou surveillantes par pavillon (un par équipe), un surveillant général et une assistante sociale (qui consacre tout son temps à l'institut médico-pédagogique).

Locaux. — Ils comprennent trois pavillons : 40 enfants par pavillon. Deux de garçons, un de filles.

Chaque pavillon a sa cour-jardin. Une partie du parc, avec portique d'agrès et terrain de sport, est en outre réservée à l'ensemble. Les sexes ne sont mélangés que dans les deux petites classes (jardin d'enfants et dernière division).

Conditions d'admission. Entrées. Limite d'age. — Admis en principe à 6 ans et renvoyés à 14, les garçons peuvent être conservés jusqu'à 16 ans dans des cas dont nous sommes juge. Les filles sortent définitivement à l'apparition des premières règles.

On n'accepte que les enfants éducables et sans perversions, ni troubles graves du caractère et dont le retard intellectuel de trois ans en moyenne ne descend pas au-dessous de la débilité légère (aux courbes de Mlle Bonnis), c'est-à-dire ayant un coefficient intellectuel $\frac{\text{âge réel}}{\text{(âge mental)}}$ pas inférieur à 0,65 (niveau mental moyen devant être considéré comme 12 ans).

DURÉE DU TRAITEMENT. — En principe, nous recevons les arriérés (dans les limites de débilité précédemment indiquées) de familles payant ou non. En fait, tous sont des enfants pour lesquels paient les assurances sociales. Les prestations, promises pour deux ans seulement, sont d'ailleurs renouvelées si le médecin signale l'intérêt de poursuivre une cure qui donne des résultats favorables.

SORTIES. — Les familles prennent l'engagement de laisser leur enfant au moins trois ans ; si elles le retirent avant cette date et désirent ensuite le replacer — se rendant compte un peu tard qu'elles n'en obtiennent rien — elles se heurtent à une fin de non-recevoir absolue.

Il y a eu 189 entrées (garçons et filles), 62 ont été retirés par leur famille contre avis médical, 6 seulement sont sortis avec notre accord. Un tiers, par conséquent, a quitté prématurément le service (1).

PRIX DE JOURNÉE. — Il est actuellement de 233 fr. 20.

Un institut médico-pédagogique coûte cher ; il serait vain de vouloir le dissimuler. D'après notre expérience, la proportion d'un agent en service par 24 heures pour quatre enfants est nécessaire.

DISCIPLINE. — On s'efforce d'être à la fois paternel et très ferme. Les enfants qui en paraissent dignes sont souvent désignés comme responsables de la discipline ; cette pratique en usage dans certains lycées donne de très bons résultats. Les punitions sont : la privation de visites, de congés, de spectacles, quelques heures de chambre d'isolement, le passage devant la commission de discipline. Le châtiment suprême est la coupe de cheveux « à ras ».

MESURES PROPHYLACTIQUES. — A partir de 10 ans, chaque enfant est vacciné au vaccin T.A.B. mixte, associé (typhique, paratyphique, anti-diphtérique, anti-tétanique). Nous pensons étendre cette vaccination, vu son innocuité, à tous nos enfants sans exception, c'est-à-dire à partir de l'âge de 6 ans.

Tous les enfants ont eu plusieurs cuti-réactions à la tuberculine et au moins un examen radioscopique.

(1) Sorties prématurées contre lesquelles nous sommes désarmés, comme le constataient plusieurs de nos collègues de la Société médico-psychologique lors de la discussion de la communication de MM. Paul BONCOUR et ROUART. *Annales médico-psychologiques*, 1944, t. II, page 54.

ÉPIDÉMIES. — Scarlatine : 2 ; oreillons : 18 ; varicelle : 1 ; rougeole : 5 ; typhoïde : 1 cas chez un vacciné (guérison en un mois).

Immédiatement isolés, les malades graves ou contagieux sont aussitôt évacués sur l'hôpital des Enfants-malades à Paris. Il n'y a eu aucun décès, ni aucun accident sérieux (une fracture bénigne).

THÉRAPEUTIQUE. — Elle comporte les traitements physiques classiques, en particulier rayons ultra-violets, gymnastique, danse rythmique, hydrothérapie (50 % des enfants ont appris à nager) et les traitements médicamentaux habituels : anti-syphilitiques, endocriniens, etc...

PRÉ-APPRENTISSAGE. — Sept ateliers différents ont pu fonctionner jusqu'à présent :

Menuisier (4 enfants), ébéniste (3 enfants), électricien (3 enfants), coiffeur (2 enfants), jardinier (4 enfants en hiver), tailleur (1 enfant), cordonnier (1 enfant).

D'autres ateliers ouvriront incessamment (serrurerie et peinture). Les filles suivent un enseignement ménager et certaines des plus âgées auront très prochainement un cours de coupe.

CULTES. — Les cultes sont pratiqués selon le désir des familles. L'enseignement catholique est assuré par l'aumônier de Ville-Evrard.

VISITES ET PERMISSIONS. — Les parents sont autorisés à visiter les enfants le 1er et le 3e dimanche, et le 2e et le 4e jeudi.

Les congés ne sont pas un droit, mais une récompense, fonction des notes ; ils ne sont accordés que lorsque le service social nous a fourni des renseignements favorables sur le milieu familial.

DISTRACTIONS. — Jeux en tous genres, surtout de plein air. Scoutisme. Cinéma (au minimum, faute de films adéquats). Quelquefois, théâtre. Deux fois par an : représentations théâtrales données aux parents, avec les enfants pour acteurs, chanteurs, danseurs, etc... Visites instructives et récréatives à certaines expositions, musées, jardins zoologiques, etc...

CONCLUSIONS. — Un institut médico-pédagogique, on l'a vu, offre une certaine complexité et pose des problèmes un peu délicats (surtout pour le recrutement du personnel), mais nullement impossibles à résoudre. Dans notre misère actuelle, il faut se montrer peu difficiles en ce qui concerne les locaux à aménager,

car le temps ne paraît pas proche où l'on pourra faire du neuf destiné à durer.

Malgré la meilleure prophylaxie (certificats prénuptiaux, conseils aux parents, traitement des femmes enceintes, etc...), un nombre important d'enfants anormaux subsistera toujours, qu'un dépistage avisé devra déceler précocement. Seuls les instituts médico-pédagogiques seront capables de réduire considérablement le chiffre de ceux d'entre eux qui deviendraient charge et danger pour la nation.

En cette matière, le pessimisme traduit, presque toujours, une mauvaise connaissance de la question.

On peut réaliser un peu partout, en province, des établissements pour enfants anormaux, pour peu que l'administration préfectorale soutienne hardiment les efforts des médecins et obtienne des conseils généraux les crédits nécessaires.

Nous ne nous dissimulons pas les imperfections d'une organisation qui n'en est qu'à ses débuts et a dû être improvisée, dans les circonstances de guerre, avec les moyens dont nous pouvions disposer. Son seul mérite, bien modeste, mais incontestable, est d'exister.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société belge de neurologie

Séance du 23 février 1946

Présidence : M. CHRISTOPHE, président

Deux cas de poliomyélite à localisation bulbaire, par M. Andersen.

Présentation d'une fillette de 12 ans qui, huit jours après un voyage à la mer, présenta un état fébrile avec rachialgie, somnolence puis troubles de la déglutition par paralysie du voile. Il y avait hyperalbuminose et hyperleucocytose du liquide céphalo-rachidien. L'état de l'enfant s'améliora spontanément après une semaine, et elle ne présenta aucun autre signe neurologique. Il persiste une légère parésie du voile.

Le second cas concerne une femme de 40 ans, qui présenta des symptômes analogues plus une paralysie faciale droite accompagnée de douleurs. Certaines paralysies faciales dites *a frigore* peuvent être d'origine poliomyélitique.

Anévrismes intra-crâniens et hémorragies méningées, par MM. P. van Gehuchten et J. Morelle.

Les cas d'hémorragies méningées par rupture d'anévrismes intra-craniens sont moins rares qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Les auteurs en rapportent quatre exemples dont ils décrivent la symptomatologie et l'évolution. Ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce et sur la grande utilité de l'artériographie. Dans deux des cas décrits, la ligature de la carotide interne a été bien tolérée et a été suivie de guérison.

L'étiologie de ces anévrismes, qui peuvent survenir chez des sujets jeunes, est encore mal connue. L'origine infectieuse est peu probable ; l'artériosclérose, ou des malformations congénitales des artères, en constituent les

causes les plus vraisemblables. Dans un cas suivi de vérification, les auteurs ont constaté l'absence de toute artériosclérose.

La calcirachie et l'équilibre neuro-rachidien du calcium, par M. Lafontaine.

L'étude du métabolisme des phospholipides dans le système nerveux au cours de la sclérose en plaques a conduit l'auteur à envisager aussi le métabolisme du calcium. La calcirachie normale est égale à la moitié de la calcémie, mais elle n'est pas influencée par les variations artificielles de la calcémie. Sa valeur correspond à la partie diffusible du calcium sanguin. Le calcium rachidien est entièrement diffusible mais non entièrement ionisé. Il n'existe pas de relation nette entre la calcirachie et la phosphorachie ou la phosphatémie. La méningite tuberculeuse et certaines méningites aiguës paraissent être les seules affections qui s'accompagnent d'une élévation de la calcirachie. Celle-ci ne semble être jamais abaissée que dans des proportions très faibles au cours des états pathologiques.

Sur un cas de botulisme frappant uniquement le système nerveux végétatif, par MM. Noel et Dumont.

Chez une femme de 55 ans, on vit survenir, à la suite de l'ingestion de jambon cru, un syndrome neuro-végétatif d'allure toxique, caractérisé par des symptômes de paralysie para-sympathique (mydriase paralytique, constipation, troubles de la miction, tachycardie, sécheresse de la bouche, réactions vaso-motrices et sudorales faibles, disparition des réflexes oculo-cardiaque et solaire, réflexe orthostatique assez marqué, sans aucun autre signe neurologique). Le mari de la malade, qui avait fait cuire le jambon, ne fut pas atteint ; son fils, qui en avait consommé très peu, présenta un syndrome analogue mais très atténué. La seule hypothèse vraisemblable paraît être celle d'une intoxication botulique. L'auteur signale des cas analogues relevés dans la littérature.

Association d'une atrophie cérébelleuse familiale et d'un état pigmentaire pallido-réticulé (Hallervorden-Spatz) au cours d'une neurofibromatose, par M. L. van Bogaert.

L'auteur a présenté en 1925, à la Société de neurologie, une malade atteinte d'atrophie cérébelleuse progressive avec syndrome myoclonique type d'Unverricht (ou type I de Krebs), qui évolua ultérieurement en syndrome rigide avec tremblement et spasmes bucco-pharyngés très spéciaux. L'enquête généalogique a montré qu'il s'agissait d'une affection hérédo-familiale dominante, dans une souche où se rencontraient par ailleurs des neurofibromatoses pures. Il a attendu la vérification anatomique avant de publier ses recherches. Or, il ne s'agit nullement d'une atrophie cérébelleuse devenue syndrome rigide par invasion de l'étage optostrié, mais bien d'une association de deux affections différentes. Discussion de leurs rapports entre eux et avec la neurofibromatose. Discussion du type dégénératif. Le mémoire complet paraîtra dans le *Monatschrift für Neurologie und Psychiatrie* (Bâle).

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHANALYSE

La vie affective et morale de l'enfant (douze ans de pratique psychanalytique), par Madeleine L. RAMBERT, 1 vol. *in* Collection Actualités pédagogiques et psychologiques, Delachaux et Niestlé éditeurs, Neuchâtel et Paris, 1945.

Grave problème que celui de l'éducation des enfants et qui, surtout depuis Rousseau, a fait couler beaucoup d'encre, surgir de nombreuses méthodes. On sait aujourd'hui que « le développement du caractère se poursuit suivant des lois psychologiques qu'on enfreint parfois sans s'en douter, non sans en pâtir. Il faut connaître ces lois pour aider les enfants à franchir certaines étapes, à se libérer de certaines entraves et à accepter les disciplines collectives nécessaires. La psychologie de l'enfant et la psychanalyse infantile nous révèlent ces lois ».

Quelles sont ces lois ? Comment et dans quelle mesure tel enfant s'y soumet-il alors qu'un autre se regimbe ? Est-il possible de trouver la cause profonde de certains troubles du caractère et un moyen d'y remédier ? C'est à ces questions que l'auteur s'efforce de répondre et, cela dit d'emblée, avec bonheur. Ce petit volume, riche d'expériences vécues, est d'une lecture attachante dont parents et éducateurs tireront profit.

« L'enfant difficile est rarement un être à dresser ou à mater. C'est au contraire un enfant dont l'éducation demande des soins attentifs. » Avant de commencer un traitement thérapeutique, on soumettra l'enfant à des examens approfondis portant sur son état de santé, son intelligence, son caractère et son adaptation familiale et sociale. On explorera aussi les secrets de l'inconscient « pour connaître les mobiles intérieurs qui poussent l'enfant à agir de façon si inattendue et parfois si contraire à son bonheur et à celui de son entourage ».

Pour connaître ces mobiles intérieurs, l'auteur recourt depuis une dizaine d'années au « jeu de guignols », qui est un moyen extraordinairement souple, varié, s'adapte aux enfants en fonction de leur âge et surtout respecte leur individualité. Comme l'écrit George Sand dans « L'Homme de Neige », qui a inspiré à l'auteur cette technique psychanalytique : « Guignol obéit à mon caprice, à mon inspiration, à mon entrain..., tous ses mouvements

sont la conséquence des idées qui me viennent et des paroles que je lui prête..., il est « moi » enfin, c'est-à-dire un être et non pas une poupée. » Des « histoires » judicieusement choisies montrent tous les renseignements que l'on peut obtenir sur la connaissance des profondeurs de l'âme enfantine (esprit d'agressivité, conflit de jalousie, souffrance cachée, déception, etc.). Cela permet à l'auteur d'esquisser brièvement et clairement les « stades de développement de l'expression de la pensée symbolique dans les jeux de guignols ». Mais « il ne suffit pas que l'enfant exprime d'une façon plus ou moins symbolique son conflit, il faut qu'il en prenne nettement conscience. Il doit être replacé en face du problème qu'il n'a pas su résoudre antérieurement, afin de lui donner une solution plus satisfaisante ». Après cette prise de conscience, l'analyste aidera l'enfant à liquider ses conflits, afin de le rééduquer. Il ordonnera, canalisera, coordonnera les forces psychiques nouvelles qu'il a libérées chez l'enfant qui aspire à s'élancer dans la vie et à se réadapter à son milieu.

On lira aussi avec intérêt les pages consacrées aux problèmes de la sexualité et des rêves infantiles, ainsi qu'au dessin en tant que méthode de psychanalyse infantile. Quant à la valeur pratique de celle-ci, l'auteur, dans ses conclusions, y fait allusion en disant avec sagesse et modestie : « Est-ce à dire que l'éventualité d'une névrose soit à jamais conjurée chez un enfant qui a été psychanalysé ? Nous ne le pensons pas. Les enfants nerveux que nous avons eu en traitement sont des enfants délicats dont l'éducation demande des soins et des égards. L'analyse leur facilite certainement la vie pendant l'enfance et l'adolescence... Nous ne saurions encore parler des résultats de l'analyse de l'enfant chez l'homme fait, car le recul nous manque. Cependant, les traitements contrôlés après l'adolescence et même ceux que nous avons repris en analyse d'adultes, témoignent en faveur des interventions psychanalytiques dans les conflits de l'enfance. »

H. Bersot.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Sénilité et système nerveux, par le Dr Jean Lhermitte, membre de l'Académie de médecine (*Semaine médicale franco-suisse*, Genève, 1er-5 oct. 1945).

Etant donné l'intrication du processus physiologique de la vieillesse et de son processus pathologique, le problème de la sénilité du système nerveux se présente comme des plus ardus.

M. J. Lhermitte distingue un groupe de démences séniles abiotrophiques pures sans lésions vasculaires, avec diffusion extrême des altérations régressives des neurones (maladie de Pick ou démence aphaso-agnoso-apractique) ; une démence présénile avec dégénérescence neurofibrillaire massive (maladie d'Alzheimer : amnésie, confusion, désorientation temporelle et spatiale) ; une démence liée à l'artériosclérose d'origine diverse.

Dans la démence abiotrophique, comme dans la démence par artériosclérose, les altérations régressives du pallium peuvent être limitées et localisées, si bien que, sur un fond de dissolution générale, s'ébauchent des dissolutions locales (agnosies, apraxies, dysphasies, hémiasomatognosies). Mais les lésions séniles du névraxe peuvent s'étendre également au cervelet, se limitant surtout au paléo-cérébrum (vermis) et se traduisant par de l'abasie. On note enfin des lésions de la moelle (paraplégies séniles).

A relever le rôle très grand joué par l'hérédité dans l'âge de l'apparition et dans la nature des manifestations neurologiques de la sénilité.

R. C.

Les amnésies transitoires consécutives aux émotions, par le professeur G. de Morsier, de Genève (*Médecine et hygiène*, 1er oct. 1945).

A propos de quatre observations d'amnésie transitoire consécutive à des émotions, le professeur G. de Morsier conclut que si, depuis Pinel et Esquirol, le rôle de l'émotion dans l'étiologie des troubles nerveux a perdu du terrain, l'émotion peut cependant donner lieu à des troubles caractérisés par un déclenchement immédiat et une réversibilité rapide, au nombre desquels peuvent figurer des amnésies transitoires.

Depuis les travaux de Cannon et de Philipp Bard, on sait que le processus qui conditionne l'émotion se passe au niveau du *diencéphale.* D'autre part, on sait également que l'*intégrité du diencéphale est nécessaire pour que l'acquisition mnésique puisse se produire.* Il est donc permis de supposer que, dans certains cas, les afférences périphéro-diencéphaliques qui déclenchent le mécanisme normal de l'émotion, puissent en même temps venir bloquer les voies de l'acquisition mnésique.

Ce blocage n'a lieu que rarement, si l'on songe à la fréquence des émotions. Mais, si le diencéphale est normal, les excitations qui conditionnent l'émotion restent contenues dans le système végétatif. Si, au contraire, le diencéphale est altéré, elles débordent alors sur les voies qui conditionnent l'acquisition mnésique, en produisant une amnésie transitoire.

Les calmants de la série barbiturique et l'isolement du milieu familial ont chaque fois amené rapidement la cessation de la crise.

R. C.

Blocage de la pensée au cours des études, par Hans Zulliger, d'Ittigen, Berne (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc. 4, 1944).

Résumé de tous les facteurs physiques et psychiques, des circonstances personnelles et générales qui peuvent déterminer un blocage de la pensée au cours des études. On attribue à ce blocage une valeur de symptôme. Il faut en déterminer et en faire disparaître la cause, soit par une thérapeutique médicamenteuse ou psychologique, soit par un changement de milieu.

O. Forel.

Anorexie élective et fixation à un régime végétarien à base de pommes de terre chez un garçon de 14 ans. Normalisation par suggestion, par Lagache et Menut (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 29 octobre 1944).

A propos de ce cas, dans lequel la guérison a été obtenue par suggestion,

les auteurs analysent les facteurs cliniques et psychologiques dominant la question. Ils retiennent ici : 1° un facteur héréditaire (même syndrome chez le père, mais plus discret) ; 2° un facteur traumatique : sevrage brusqué et presque dramatique à 6 mois ; 3° un facteur éducatif : faiblesse du père, comportement dominateur de la mère. La croissance physique et psychique a été normale. Les examens clinique et psychologique montrent un caractère asthénique.

R. C.

Paradentose et psychologie, par H. Meng, de Bâle (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, f. 4, 1944).

L'auteur cherche à prouver, par quatre observations de malades que, parmi les facteurs endogènes, le facteur mental peut jouer un rôle dans l'apparition des paradentoses. L'importance du rôle joué par ce facteur dépend apparemment de plusieurs circonstances, entre autres : névrose plus ou moins prononcée, phase critique de la vie physiologique (puberté, ménopause, etc.). L'auteur se réfère aux observations de malades publiées dans son livre sur l'hygiène mentale.

O. Forel.

L'état confusionnel prémonitoire de l'état maniaque, par A. Barbé (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 30 oct. 1945).

Chez une jeune fille, M. A. Barbé a observé, à quatre ans d'intervalle, deux accès maniaques ayant tous deux débuté par un état fébrile et confusionnel. Il attire l'attention sur ces épisodes confusionnels prémonitoires de la manie et qui, au début, chez des sujets jeunes, pourraient facilement égarer le diagnostic.

R. C.

Délire de possession diabolique. Guérison par l'électro-choc, par Jean Delay (*La Presse médicale*, 17 mars 1945).

Intéressante observation de mélancolie anxieuse avec idées délirantes de possession, tentatives de suicide, chez un psychasthénique présentant depuis l'enfance des tendances aux obsessions et chez lequel un choc émotif (mort de son père) a déterminé l'état mélancolique sous l'influence duquel l'obsession s'est transformée en délire. Résultat remarquable et rapide de l'électrochocthérapie, qui fit disparaître successivement l'hyperthymie anxieuse puis le délire, mais non l'état psychasthénique antérieur.

Cette observation démontre une fois de plus : 1° l'action de l'électro-choc sur la mélancolie, et son impuissance sur les obsessions psychasthéniques ; 2° la nécessité du diagnostic entre l'obsession symptôme de la psychose périodique et l'obsession psychasthénique. Cette différenciation est facilitée et confirmée par l'électrochocthérapie qui, véritable test, apporte ainsi un argument de plus à la thèse que nous avons soutenue en 1909 avec G. Deny (Obsessions et psychose maniaque dépressive. *Encéphale*, 1909, tome II).

René Charpentier.

Tuberculose et démence précoce, par GISCARD (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 28 janvier 1945).

Depuis longtemps, on admet une relation entre la tuberculose et la démence précoce ; mais, tandis que pour les uns la tuberculose est un facteur étiologique de cette maladie mentale, pour les autres cette psychopathie, en affaiblissant la résistance du malade, favoriserait le développement chez lui de l'infection bacillaire. Les récentes épidémies de manifestations tuberculeuses dans les hôpitaux psychiatriques, qui ont frappé les malades présentant les syndromes mentaux les plus divers, principalement les malades que leur inertie et leur passivité rendaient moins résistants, ont apporté une contribution importante au problème des rapports de la tuberculose et de la démence précoce en mettant en relief cette seconde hypothèse : il en a été ainsi parmi les cas observés à l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

R. C.

La forme paranoïde de la démence précoce, par A. BARBÉ (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 24 oct. 1944).

A propos d'un malade présentant des tares intellectuelles et physiques et chez lequel sont apparus à l'âge de 28 ans des troubles mentaux caractérisés par des idées confuses de persécution et de grandeur avec troubles psycho-sensoriels et interprétations fausses, troubles qui évoluèrent vers un état démentiel avec propos incohérents sans aucune systématisation des rares idées délirantes ayant persisté, M. André Barbé discute la réalité de la forme paranoïde de la démence précoce. Il conclut que les réserves faites par beaucoup de psychiatres qui doutent de la légitimité de cette forme tiennent à la trop grande extension que lui avaient donnée certains auteurs. A son avis, le terme de démence précoce à forme paranoïde doit être réservé à des cas analogues à celui qu'il vient de rapporter, c'est-à-dire à des malades jeunes, dont l'état démentiel est apparu rapidement et dont le délire n'a aucune tendance à la systématisation.

René CHARPENTIER.

Schizophrénie, par René CHARPENTIER (*Diagnostics et Traitements*, nov. 1944).

L'auteur, pour répondre à la demande qui lui en avait été faite, a tenté de résumer brièvement pour des médecins praticiens non spécialisés la conception d'Eugène Bleuler et ce que les psychiatres désignent actuellement sous le nom de schizophrénie.

L. R.

Chorée aiguë à début schizophrénique terminée par la guérison, par J. EUZIÈRE, N. DUC et PINEAU (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 9 fév. 1945. *Montpellier médical*, janv.-fév. 1945).

Observation de chorée aiguë ayant débuté par un syndrome de discordances, négativisme, barrages, maniérisme, tics, rires explosifs non motivés,

qui fit porter le diagnostic de schizophrénie. Après deux séances d'électro-choc, apparition d'un syndrome maniaco-confusionnel avec mouvements choréiques intensifs. Guérison après traitement par salicylate de soude intraveineux. Notion d'un épisode choréique antérieur.

R. C.

Troubles psychiques chez une parkinsonienne. Guérison par l'électro-choc, par J. Euzière, R. Castagné, Ed. Fassio et N. Duc (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 mai 1945. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

Treize séances d'électro-choc, interrompues au début par des accidents (lipothymies, crises oculogyres), puis reprises à la demande de la malade, ont amené, chez une jeune fille de 25 ans, parkinsonienne depuis au moins cinq ans, la régression complète des troubles psychiques à type de mélancolie confusionnelle, en même temps qu'une atténuation marquée des signes neurologiques.

D'où la conclusion de tenter la thérapeutique convulsivante dans les cas de troubles psychiques accompagnant le syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

R. C.

PHILOSOPHIE

Liberté et déterminisme, par le Dr M. Engelson (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, mai 1945).

L'un des plus anciens qui soient, le problème de la liberté n'a rien perdu de son importance ni de son actualité. Critiquant la « croyance » au déterminisme, conception mécaniciste du monde, M. Engelson conclut que déterminisme et indéterminisme (ou liberté) sont les compléments l'un de l'autre, se mesurent mutuellement. La liberté est limitée par les moyens de chaque être — par le destin. Le destin nous assigne un rôle précis, mais nous laisse quelque liberté dans le monde d'accomplissement de celui-ci. Cette toute petite marge de liberté conférée à l'être humain, ce n'est donc qu'un rien, et c'est immense.

La liberté est une réalité et elle existe à des degrés divers à tous les stades d'évolution : des plus minimes sur le plan de l'inanimé, elle devient appréciable dans le domaine humain, mais ne peut trouver sa pleine expression qu'au sein de l'absolue spiritualité. Dans ce dernier domaine de l'absolue spiritualité, la seule forme de déterminisme, le seul impératif catégorique concevable, n'est plus représenté que par les exigences de la loi morale — produit non plus du monde extérieur mais de l'être lui-même. C'est ce qui lui donne son cachet d'indépendance.

La liberté, émanation immédiate de l'Esprit, lui est intimément liée. Au cours de son élévation spirituelle, le déterminisme subit une métamorphose profonde qui l'amène à sa transmutation en « Loi morale ».

R. C.

Fait et valeur, par G. Edlin, de Zurich (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc 4, 1944).

Le dualisme que la science moderne établit entre le fait et la valeur, entre le jugement d'existence et le jugement de valeur est une fiction. Il n'existe pas de fait purement objectif. Chaque constatation de fait est le résultat d'un certain état d'esprit, le choix d'un rapport parmi d'autres, la mise en valeur de l'un et la négligence de l'autre par l'émission d'un jugement, c'est-à-dire par la constatation d'un rapport entre deux termes. Nous classons en même temps ces termes, par exemple d'après la similitude ou la différence, d'après la dépendance ou l'indépendance, et ce classement est une estimation qui peut être, soit qualitative, soit quantitative. Les faits sont des fonctions d'estimation. L'idéal fictif de l'objectivité est à remplacer par l'idée platonicienne du bien.

O. Forel.

La vie, organisatrice de la matière, par N. Dobrovolskaïa-Zavadskaïa (*Revue philosophique*, juilet-sept. 1944).

Inaugurée par les recherches de Lavoisier, la conception mécanistique de la vie nie l'existence d'une différence essentielle entre le vivant et le non-vivant. Elle tend à réduire le phénomène si particulier qu'est la vie aux réactions physico-chimiques et à la transformation d'énergie qui est propre à la matière inerte. Conception très féconde car, influençant le développement scientifique, elle fut à la base d'études physico-chimiques de nombreux processus se passant dans un organisme vivant et de la création de sciences nouvelles : bio-chimie, bio-physique, radio-biologie, etc.

Mais n'y a-t-il rien de plus que des réactions physico-chimiques et quelque transformation d'énergie ? Mme Dobrovolskaïa-Zavadskaïa conçoit la manifestation essentielle du phénomène de la vie, manifestation qui embrasse l'ensemble du monde organisé, comme *puissance de construction*, comme aptitude à organiser la matière inerte. Elle conclut, de l'étude des particularités de la matière vivante, à l'existence d'un principe *sui generis* propre aux êtres vivants seuls, du règne animal et du règne végétal, ayant le pouvoir d'organiser la matière inerte, se servant pour cela de toutes les possibilités physico-chimiques de la matière inerte en y ajoutant ce quelque chose qui s'appelle la *vie*. Un abîme sépare ce qui vit et ce qui ne vit pas. La matière inerte absorbée comme aliment ne devient partie intégrale de l'organisme qu'après avoir traversé la muqueuse intestinale : un mystère profond entoure, jusqu'à présent, le mécanisme particulier de ce moment fondamental de l'assimilation, le début de la transformation du non-vivant en vivant. Principe particulier, la vie, dont la science a toutes les raisons d'étudier les manifestations, mais sans nier son existence autonome d'organisateur de la matière, sans ignorer la puissance constructive qu'il exerce sur notre planète.

R. C.

NEUROLOGIE

Pathologie de la moelle épinière, par Jean Lhermitte (*Diagnostics et traitements*, août 1944).

Parmi les syndromes médullaires traumatiques d'actualité, M. Jean Lhermitte expose les manifestations cliniques de la commotion spinale, dont les lésions originelles (foyers de myélomalacie et d'hémorragie, dégénération des fibres et des cellules nerveuses et même des racines rachidiennes, œdème, stase veineuse), pour une part réversibles, laissent toujours quelques séquelles accusées par la persistance de symptômes sensitifs ou moteurs. Si, exceptionnellement, le tableau initial est celui de la section complète de la moelle, la commotion se traduit plus souvent par des syndromes plus discrets et des lésions moins nocives.

Dans d'autres cas, les traumatismes de la moelle peuvent dilacérer ou sectionner tout ou partie de l'axe spinal, le signe le plus authentique de la section spinale étant la disparition de toutes les sensibilités dans le segment du corps situé au-dessous de la section. Mais si, dans le cas de transsection complète de la moelle dorsale, les symptômes gardent habituellement une impressionnante fixité, M. J. Lhermitte a montré que, cependant, les modifications sensitives, motrices ou réflexes peuvent, après de longues semaines, ne pas être immuables.

Dans la majorité des traumatismes fermés, M. J. Lhermitte conseille d'éviter l'intervention sanglante, mais d'effectuer, sous anesthésie et sous contrôle radiologique, la réduction de la fracture. Au contraire, l'intervention s'impose en cas de traumatisme ouvert, cela aussi bien dès les premiers jours que tardivement. Grâce à ces interventions, le pronostic est, dans une large mesure, transformé et amélioré.

M. J. Lhermitte rappelle également un cas de lésions malaciques survenues sans traumatisme direct, à la suite d'un effort. Il confirme par des faits l'hypothèse de Brissaud, selon laquelle le zona est en rapport avec des altérations de la moelle. M. Guillaume a pu montrer que la myélotomie postérieure peut, non seulement supprimer les intolérables algies du zona mais supprimer aussi les sensations désagréables, douloureuses même, du fantôme illusionnel du moignon des amputés.

René Charpentier.

Pachyméningite caséeuse rachidienne, par Warter et F. Rohmer (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 26 mars 1944).

MM. Warter et F. Rohmer relatent l'observation d'une paraplégie survenue brusquement chez un Malgache de 22 ans tuberculeux. Abolition totale des sensibilités superficielle et profonde à partir de D7, suppression de tous les réflexes tendineux et cutanés. Mort après une évolution de cinq mois. Anatomiquement : compression de la moelle épinière entre les 3e et 5e vertèbres dorsales par du caséum cru remplissant complètement le canal rachidien. Myélomalacie en D5 et D6. Absence de lésions osseuses. Lésions tuberculeuses des poumons, plèvres, péritoine, rate et foie.

R. C.

Pseudo-mal de Pott mélitococcique (spondylite ou méningo-radiculite mélitococcique), par S. de Sèze, R. Simoni et P. Surrugue (*Société médicale des hôpitaux de Paris,* séance du 10 novembre 1944).

On retrouve dans cette observation les traits habituels de l'affection connue sous le nom de spondylite mélitococcique : douleurs vertébrales avec irradiations radiculaires sciatiques, contracture rachidienne intense, douleur locale à la pression sur les apophyses épineuses, tous signes qui ont valu à cette affection son nom de pseudo-mal de Pott mélitococcique. En réalité, si la symptomatologie se rapprochait en effet dans une certaine mesure de celle du mal de Pott, elle rappelait de beaucoup plus près le tableau de ces formes de tumeurs intra-rachidiennes pour lesquelles Sicard et Laplane ont employé aussi le terme de « tumeur pseudo-pottique ». Dans de tels cas, où la radiographie ne montre d'ailleurs que des lésions vertébrales minimes, où la ponction lombaire présente des signes de blocage du liquide céphalo-rachidien, les lésions méningées de pachyméningite et d'arachnoïdite fibro-adhésive sont certainement prédominantes. Il s'agirait donc de méningo-radiculite mélitococcique bien plus que de spondylite.

R. C.

Syringomyélie et arthropathies multiples, par Drouet, Herbeuval et Lochard (*Société de médecine de Nancy,* séance du 22 décembre 1943).

Les auteurs rapportent l'observation d'un ancien syphilitique présentant des arthropathies mutilantes des membres inférieurs avec syndrome de dissociation thermo-analgésique de la sensibilité. Ils rejettent l'hypothèse d'un tabès pour admettre celle d'une forme lombo-sacrée de la syringomyélie.

R. C.

Syndrome syringomyélique consécutif à une plaie septique de l'index. Apparition tardive 10 ans après le traumatisme, par H. Roger, J.-E. Paillas et H. Gastaut (*Comité médical des Bouches-du-Rhône,* séance du 18 février 1944).

Un homme de 60 ans a été amputé d'un index, en 1918, à la suite d'un phlegmon par plaie septique. En 1928, apparition d'algie de la main et du bras, puis constitution progressive d'un syndrome syringomyélique localisé au bras : amyotrophie, parésie, dissociation syringomyélique de la sensibilité, troubles vaso-moteurs. Quelques considérations pathogéniques terminent cette présentation.

R. C.

Troubles nerveux réflexes extenso-progresssifs d'origine traumatique : leurs diverses formes, par J.-A. Barré (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand,* séance du 28 janvier 1945).

M. J.-A. Barré présente une étude d'ensemble des diverses formes de ces troubles nerveux, qui peuvent se développer progressivement et sont hors de proportion avec la blessure périphérique très souvent minime qui en a provoqué l'apparition. Il décrit : 1° des types moteurs continus, et spécialement la forme dihomomélique, où les deux membres d'un même côté du

corps peuvent être atteints et fortement à la suite immédiate ou prochaine d'une éraflure sans gravité ; 2° des types moteurs évoluant par crises (crises sympathiques réflexes, crises diencéphaliques, épilepsie, réflexe, etc.) ; 3° des types sensitifs (algies extensives, syndrome syringomyélique réflexe) ; 4° des types amyotrophiques (pseudo-sclérose latérale amyotrophique réflexe). Il fournit des exemples frappants de ces états singuliers, d'apparence paradoxale, dont les exemples se montrent avec une certaine fréquence.

R. C.

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique, par J.-A. Barré (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance 28 février 1945).

La plupart des formes décrites par l'auteur et rassemblées dans un groupe qui semble mériter une place à part dans la nosographie étonnent ceux qui les voient et sont fréquemment rapportées à la simulation, à l'exagération, l'hystérie ou à une coïncidence avec un état pathologique déjà en évolution. Les conseils de réforme et beaucoup d'experts refusent d'en reconnaître la légitimité ou l'organicité complète. L'auteur fournit des exemples qui illustrent ses dires. On commence cependant à les décrire sous le terme d'attente de « cas déroutants », ce qui constitue un grand progrès. Les traitements très variés que l'auteur énumère doivent être mis en œuvre d'*urgence ;* mais pendant des années encore, on peut agir efficacement. Certains malades ont pu être guéris vingt ans parfois après le début de leurs troubles. Les irritations du sympathique jouent un rôle dominant dans la genèse de ces accidents.

R. C.

ANATOMIE

Considérations quantitatives sur l'anatomie comparée du système nerveux, par L. Lapicque. Conférence faite à l'Hôpital psychiatrique Ste-Anne, le 30 janv. 1944 (*Revue neurologique*, mai-juin 1944, p. 117).

La relation entre le cerveau de l'homme et celui des animaux est envisagée au point de vue quantitatif sous forme d'anatomie arithmétique. Etant admis que le cerveau est l'organe de l'intelligence, l'homme, qui s'est attribué le titre de roi des animaux, devrait avoir le cerveau le plus lourd. Or, on ne peut conclure d'un plus grand poids cérébral à une plus grande intelligence et il y a des animaux qui l'emportent de beaucoup sur l'homme ; par exemple le cerveau humain, plus exactement l'encéphale, pèse en moyenne 1.360 gr. et celui d'une baleine 7 kg. Par contre, si on prend le poids relatif de l'encéphale par rapport au poids du corps, l'espèce humaine reprend sa supériorité sur les animaux de grande taille, mais elle la perd quand on arrive aux animaux de petite taille. Divers biologistes, entre autres Brandt, se sont demandé si le poids de l'encéphale ne serait pas proportionnel à la surface corporelle. Or, les surfaces homologues de deux solides semblables sont entre elles comme les puissances 2/3 ou 0,67 ; ils ont alors comparé des poids d'encéphale à la puissance 0,67 du poids du corps. En disposant d'un grand nombre de chiffres, poids de corps et poids d'encéphale, Dubois trouva la loi suivante : pour les vertébrés, le poids de l'en-

céphale est proportionnel à la puissance 0,56 du poids du corps. De la formule, on obtient ainsi pour chaque cas particulier le véritable poids relatif. Le coefficient de Dubois ou « coefficient de céphalisation » classe la généralité des vertébrés suivant un ordre satisfaisant. Il donne comme résultat que les espèces actuelles possèdent en général un cerveau plus grand que les espèces fossiles susceptibles de leur être attribuées comme ancêtres et que les mutations se sont faites par saut brusque du simple au double.

M. Lapicque montre qu'on rencontre cependant des grandeurs en dehors de la série des puissances de 2 comme si le perfectionnement progressif de l'encéphale introduisait des complications, mais cependant il reconnaît que la mutation du simple au double peut être admise comme loi dominante. Il établit alors un tableau général qui montre que la règle du progrès cérébral par sauts de 1 à 2 continue à régir la diversité des poids relatifs. La gradation se suit sans interruption depuis les vertébrés les plus inférieurs jusqu'à nous. Le cerveau des mammifères est incontestablement issu de l'encéphale des reptiles. La dernière étape, l'apparition de l'homme, aurait été aussi, d'après Dubois, l'effet d'une mutation brusque par doublement des neuroblastes. Autre fait très remarquable, entre l'homme et les singes anthropoïdes, il y a une lacune. Or, elle est comblée par un fossile, le Pithecanthropus, qui remonte à plusieurs centaines de mille ans et qui zoologiquement, est un intermédiaire entre l'homme et les grands singes.

Pour établir ce qui compte dans le corps pour commander le poids de l'encéphale, M. Lapicque a recherché du côté du nombre des communications entre le corps et l'encéphale, c'est-à-dire du côté du nombre des fibres nerveuses, tant afférentes qu'efférentes ; il est arrivé au résultat paradoxal que le développement quantitatif du cerveau est sans rapport avec celui de ses fibres, mais pour une grandeur corporelle donnée, l'encéphale peut être beaucoup plus grand ou beaucoup plus petit sans que le nombre de ces fibres varie.

Autre constatation d'une haute portée philosophique, toutes les races humaines vivantes ont la même grandeur cérébrale, il n'y a aucun indice de progrès du poids de l'encéphale, ni du cerveau entre les races fossiles, les populations primitives et les races actuelles. Entre les différents hommes, le cerveau est quantitativement le même ; ce qui diffère, c'est la façon de s'en servir. Il n'y a aucune raison de considérer la femme comme intellectuellement inférieure à l'homme, car en faisant le calcul du poids relatif on trouve qu'il y a égalité. C'est en montrant que toute domination fondée uniquement sur la force physique est destinée à s'écrouler que se termine cette savante conférence, qui donne à réfléchir sur les problèmes des relations entre le psychisme de l'homme et celui des animaux.

L. Marchand.

ASSISTANCE

La politique des hôpitaux psychiatriques, par H. Bersot (Le Landeron). *Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. III, n° 4, 1944).

Au moment où se pose en France avec acuité la question de la réforme de l'assistance psychiatrique, on consultera avec intérêt les conclusions de ce rapport, présenté par le Dr Henri Bersot à la conférence des directeurs des

établissements psychiatriques suisses (Zürich, 25 novembre 1944). On y trouvera l'exposé des desiderata de nos collègues suisses concernant les hôpitaux psychiatriques et leur personnel (M. H. Bersot y insiste à juste titre sur la nécessité de maintenir l'unité des fonctions de médecin-directeur), sur les mesures d'assistance à prévoir ou à étendre pour les enfants, les délinquants, les alcooliques, les « petits nerveux », l'augmentation du nombre des policliniques, la création d'un service social dans chaque établissement, l'enseignement de la psychiatrie sociale dans les Facultés de médecine, une meilleure formation psychologique des assistantes sociales, l'intensification de la propagande d'hygiène mentale et de prophylaxie, etc.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Pathogénie et essai de prévention des abcès pulmonaires au cours de la convulsivothérapie, par Jean TITECA (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, janvier 1946).

Complication mettant la vie du malade en danger, les abcès pulmonaires survenant au cours de la convulsivothérapie sont heureusement très peu fréquents. M. Jean Titeca estime que cette fréquence ne dépasse pas 1 0/00. A son avis, éliminant les explications données jusqu'à ce jour de la pathogénie de ces abcès, c'est l'ouverture forcée de la bouche, organisée pour s'opposer à la morsure éventuelle de la langue, qui joue le rôle essentiel dans la production des abcès pulmonaires. Cela, en permettant, à la faveur d'une inspiration profonde, l'inhalation de particules septiques dans l'arbre respiratoire, dont le réflexe de défense est momentanément suspendu.

C'est une utile précaution que de bien soigner la dentition du sujet que l'on se propose de soumettre à l'électrochocthérapie, mais le plus utile est de ne pas maintenir la bouche exagérément ouverte. Pour tenir compte des diverses nécessités, M. J. Titeca emploie la méthode suivante. Il introduit dans la bouche du malade un drap résistant de faible épaisseur, tendu transversalement dans la bouche et enfoncé dans l'ouverture buccale aussi profondément que le permet l'écartement des commissures labiales ; ce drap est ensuite fixé à la mâchoire inférieure par la main d'un aide. La langue est ainsi emprisonnée, ne peut être poussée en avant et la possibilité de fermer presque complètement la bouche (à la seule exception de la minime épaisseur du drap utilisé) permet au liquide collecté dans l'arrière-bouche de s'écouler normalement par déglutition dans l'œsophage. Depuis qu'il utilise cette technique, M. J. Titeca n'a plus observé d'abcès pulmonaires chez les malades traités par l'électro-choc.

René CHARPENTIER.

L'électro-choc sous narcose (Indications respectives de quelques anesthésiques), par J. DELAY, J. BOURREAU, L. VIDART et Mme LEULIER (*Revue médicale française*, avril 1945).

Afin de permettre l'électrochocthérapie de sujets hyperémotifs, la pratique s'est établie de l'électrochoc sous narcose. On utilise dans ce but divers

procédés, et les auteurs passent ici successivement en revue les anesthésiques gazeux, la narcose rectale au tribromoéthanol (rectanol), l'anesthésie intraveineuse à l'évipan sodique, montrant les avantages et les inconvénients de ces différentes méthodes. L'impossibilité de prévoir les réactions des malades leur fait préférer l'anesthésie à l'évipan pour la première séance. En cas d'échec, d'absence ou de crise larvée, de difficulté de l'injection, de troubles prolongés du post-électrochoc, on aura recours ensuite à la narcose rectale au tribromoéthanol : si le rectanol semble freiner l'action thérapeutique des chocs, le lavement sera donné immédiatement après la crise. Les anesthésies gazeuses ne sont guère indiquées qu'en cas de contre-indications des méthodes précédentes.

Les auteurs soulignent l'intérêt de l'évipan sodique dans les cas où le squelette doit être ménagé, à cause précisément du pouvoir de freinage de l'évipan sur l'action convulsivante.

R. C.

La ponction sous-occipitale, par A. Touraine (*Revue médicale française*, octobre 1944).

M. A. Touraine apporte ici les résultats de son expérience personnelle portant sur 1.200 ponctions occipitales, pratiquées tant à l'hôpital qu'en clientèle. Il conclut que la ponction occipitale, plus facile que la ponction lombaire, et qui n'entraîne aucun trouble dans la vie du malade, permet d'explorer à volonté, aussi bien la sphère supérieure du système nerveux que son étage médullaire. Elle peut aussi se combiner avec la ponction lombaire pour un diagnostic topographique ou pour un véritable lavage des espaces sous-arachnoïdiens médullaires. Sauf chez le jeune enfant (au-dessous de 11 ans), l'âge n'est pas une contre-indication. Ses règles de technique sont très simples et la technique préférée de M. Touraine, technique qui lui est d'ailleurs personnelle, est la « ponction haute » à direction descendante, dont la seule difficulté est la résistance d'un ligament occipito-atloïdien plus ou moins fibreux ou épais. Les échecs, exceptionnels, sont dus à l'ossification du ligament occipito-atloïdien. M. Touraine qui, sur 1.200 ponctions, n'en a pas observé de graves, signale parmi les incidents ou accidents possibles, mais très exceptionnels, une hémorragie minime teintant les premières gouttes de liquide, la piqûre sans gravité d'un cordon postérieure de la moelle cervicale, des crises comitiales chez les épileptiques. Il n'a jamais eu d'accident mortel. Toutes les indications de la ponction lombaire sont également celles de la ponction sous-occipitale et, en premier lieu, la surveillance du système nerveux des syphilitiques.

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 mars 1946*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 avril 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mai 1946*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1946*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie

M. le Dr Jean ABADIE, professeur honoraire de clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, Officier de la Légion d'Honneur, *membre titulaire de la Société médico-psychologique.*

M. le Dr HALBERSTADT, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques, *membre honoraire de la Société médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D[r] Mans est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;
M. le D[r] Hugues est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche) ;
M. le D[r] Hecaen est affecté à titre temporaire comme médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;
M. le D[r] Chaurand est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès international d'hygiène mentale (Londres, 1947)

Le « Provisional National Council for Mental Health » se propose d'organiser en Angleterre un *Congrès international d'hygiène mentale*, qui se tiendrait, soit du 19 juillet au 1[er] août 1947, soit du 1[er] au 14 août 1947, soit au début du mois de septembre 1947. Ce congrès aurait lieu probablement à Oxford. Il serait divisé en sections et consacré à l'étude de nombreuses questions d'hygiène mentale, particulièrement de celles dont la guerre a souligné l'importance, à l'étude aussi de la contribution que l'hygiène mentale peut apporter à l'édification et au progrès du monde de demain.

Les organisateurs souhaitent la participation à ce congrès de nombreuses délégations étrangères. Les frais de séjour à Oxford sont estimés à 15 shillings (360 francs) ou une livre sterling (480 francs) par jour.

Des renseignements plus détaillés peuvent être obtenus sur demande adressée à « *The Medical Director of the Provisional National Council for Mental Health, 39, Queen Anne street, London, W. 1* ».

2e Congrès international de psychiatrie infantile

Le *2e Congrès international de psychiatrie infantile* se tiendra en *Grande-Bretagne* (probablement en *1947*) sous la *présidence* du D[r] Rees (de Londres). *Vice-Président :* le D[r] Tramer (de Soleure) ; *Secrétaire :* le D[r] Michaux (de Paris) ; *Trésorier :* M. Brantway (de Genève).

Des questions de psychiatrie éducative (troubles du caractère), de psychiatrie scolaire (déficiences intellectuelles, alexie, dyslexie, agraphie, acalculie) et des questions juridiques seront à l'ordre du jour de cette session dont le programme sera publié ultérieurement.

ASSISTANCE

La thérapeutique par le travail au Burghölzli (Zurich)

Le *Grand Conseil du canton de Zürich* vient d'allouer la somme de *480.000 francs suisses* pour la création, à l'établissement sanitaire du Bur-

ghölzli, d'une *section de thérapeutique par le travail.* Tout en continuant l'importante exploitation agricole déjà existante, l'édification de cette section spéciale permettra d'avoir des locaux spécialisés pour toute une série de travaux, locaux comportant une cinquantaine de places, répartis dans sept salles de grande dimension. Ces locaux et leurs annexes serviront à la couture, à la lingerie, à la reliure, au pliage (confection de sacs de papier), à la confection de vêtements, au cartonnage, aux travaux sur bois et métaux, au tissage, etc. Pour les malades particulièrement irritables, des locaux individuels sont prévus.

A l'heure actuelle, 80 à 90 0/0 des pensionnaires des établissements psychiatriques sont susceptibles d'être occupés d'une manière ou d'une autre. Mais il importe que le travail soit systématiquement organisé, avec un matériel et des locaux appropriés, et qu'il soit placé sous une direction technique et médicale bien ordonnée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1945 par l'Académie de médecine

Parmi les *prix décernés par l'Académie de médecine* dans sa *séance annuelle* tenue le 18 décembre 1945, les prix suivants ont été donnés à des auteurs de travaux intéressant la psychiatrie.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1.000 francs

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie a attribué le prix à M. le Dr DELMAS-MARSALET, de Bordeaux, pour son ouvrage intitulé : *L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction.*

PRIX DE Mme DRAGOVITCH. — 2.000 francs

Trois mémoires ont été présentés.

Le prix est partagé entre :

1° M. le Dr Jacques VIÉ, de Neuilly-sur-Marne, pour son travail intitulé : *Les méconnaissances systématiques ;*

2° M. le Dr ZABOROWSKY, de Paris, pour son travail intitulé : *Séquelles psychiques des traumatismes craniens de l'enfance.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (1er trimestre) — Numéro d'ordre : 167
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 72.793. — 1946
C.O.A.L. 31.2330.

Tome I. — N° 4 Avril 1946

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RÉFLEXIONS STATISTIQUES ET MÉDICALES SUR LE DÉSÉQUILIBRE PSYCHIQUE

PAR

M. LECONTE

Le déséquilibre psychique est un syndrome mental souvent évoqué dans la pratique psychiatrique. Dans notre service, sur 217 malades déjà examinés, nous l'avons trouvé mentionné, au moins une fois, dans soixante-quatre cas, c'est-à-dire 29,5 %, soit un peu plus du quart. Taux déjà assez coquet et suggestif.

Il s'agit donc d'une étiquette utilisée dans les certificats d'internement, que l'évolution dément fréquemment, quand on veut y voir une affection autonome ou un état uniquement constitutionnel, tant il est vrai que, sans cesse, les syndromes psychiatriques se modifient, se succèdent, s'intriquent ou se compliquent. Il n'existe aucun critère psychologique avéré de ce syndrome, et pas davantage de manifestations physiques ou biologiques pathognomoniques, car il relève, dans tous les cas, des mêmes étiologies que les autres syndromes de la médecine psychiatrique.

La connaissance plus approfondie de la psychiatrie permet d'observer que les causes occasionnant un tel syndrome sont

multiples ; ce sont celles de toute la psychiatrie : toxiques, infectieuses, traumatiques, tumorales même, etc. Les conflits psychiques jouent aussi leur rôle, le déséquilibre les résolvant, les exprimant à sa manière, anormale et tumultueuse. Le syndrome de déséquilibre peut survenir à toutes les périodes évolutives d'une psychopathie.

Considéré d'abord comme congénital (héréditaire et surtout dégénératif), il a fini par être regardé comme constitutionnel. En fait, un examen physique, biologique et anamnestique des malades montre qu'il s'agit, dans bien des cas, d'une atteinte encéphalique acquise.

L'extension de notre connaissance de l'encéphalite épidémique et de ses troubles mentaux, celle des psychoses syphilitiques, alcooliques, tumorales, a montré la fréquence de ce syndrome acquis. Même dans le cas où le syndrome de déséquilibre psychique s'exprime essentiellement par un syndrome social, il peut être acquis et sous la dépendance d'un processus à mettre en évidence.

L'étude du déséquilibre psychique vient justifier, comme celle de tous les syndromes de la psychiatrie, l'opinion que celle-ci est affaire médicale.

Les observations suivies et détaillées de tous les cas de déséquilibre psychique permettent de vérifier les lois nosographiques de Marchand (1), le grand savant français qui a mis en lumière la vanité des classifications psychiatriques actuelles, tant étrangères que françaises.

Quand les psychiatres s'astreindront à un examen médical, systématique et objectif de leurs malades, en faisant appel au besoin à la psycho-pathologie expérimentale et biologique, il leur sera peut-être un jour possible de s'entendre entre eux. Il est remarquable que la psychiatrie, branche la plus arriérée de la médecine, soit aussi celle où la terminologie est plus particulièrement ambiguë, obscure et équivoque.

Nous rapportons, dans le présent travail, quelques observations qui montrent la complexité étiologique du syndrome.

Une remarque liminaire s'impose : c'est qu'un terme identique et constant doit qualifier le déséquilibre. Nous verrons, dans les certificats qui suivent, avec quelle indifférence les aliénistes — et parfois le même praticien — utilisent le terme mental et le terme psychique. Il s'agit là d'une préférence intellectuelle qui n'est peut-être pas indifférente. C'est en ne se bornant pas à

(1) MARCHAND. — *Maladies mentales*, Amédée Legrand, éditeur.

l'emploi de mots soigneusement définis que les psychiatres apportent sans cesse de nouveaux matériaux à la Tour de Babel dans laquelle ils vivent et d'où il convient de sortir un jour pour s'entendre enfin.

On finit par rédiger si machinalement les certificats, qu'un de nos confrères laissa échapper le terme de « déséquilibre intellectuel », pour un malade étiqueté par tous ses prédécesseurs déséquilibre mental ou déséquilibre psychique.

Il semble bien qu'il faille considérer le terme de psychique comme plus général, plus vaste que celui de mental. On parle bien, en effet, de calcul mental, mais non de calcul psychique, et quelquefois il est question d'opérations mentales, en sous-entendant fonctions intellectuelles.

Dans la nomenclature que les représentants des médecins d'asile ont imposée en France, le syndrome figure sous le nom de déséquilibre mental. Or, en subdivisions, sont inscrites dans ce groupe divers troubles du caractère, de l'émotivité et des perversions.

Quand on parle d'émotivité, il semble bien qu'il faille davantage parler de trouble psychique que de trouble mental. Nous préférerons donc utiliser le terme de déséquilibre psychique, et c'est ce que nous avons l'honneur de proposer.

En cela, nous ne ferons d'ailleurs que suivre Grasset, qui écrivait déjà, en 1910 : « Les deux mots « psychique » et « mental » ne sont pas synonymes. Le mot « psychique », plus général et plus compréhensif, s'applique au conscient et à l'inconscient ; le mot « mental » s'applique uniquement au domaine plus étroit du psychisme supérieur. » (1).

L'hystérie, ajoutait cet auteur, est toujours une maladie psychique ; elle n'est qu'accidentellement mentale.

Ces remarques générales étant faites, nous procéderons, au fur et à mesure, à un commentaire propre à chacun des dix cas de malades qui furent classés, par d'autres que par nous, dans le groupe du déséquilibre. Ainsi seront écourtées nos conclusions, car il nous semble bien que nombre de faits parlent d'eux-mêmes.

Observation I. — P..., âgé de 33 ans. Interné à 30 ans.

Il s'agit d'un individu placé à la suite d'une expertise médico-légale.

L'expert conclut ainsi son rapport :

(1) Grasset. — Rapports de la neurologie et de la psychiatrie. *Traité international de psychologie et de psychiatrie d'Aug. Marie*, t. I, p. 3.

« P... est un anormal psychique dont la débilité mentale se dissimule derrière un aspect physique trompeur, mais dont l'inadaptabilité sociale est établie par l'expérience (Dr W...). »

Les premières réactions antisociales avaient commencé en octobre 1931 ; le sujet, né en 1912, avait près de 20 ans.

Les certificats ultérieurs sont les suivants :

Certificat immédiat, du 7 juin 1942 (Dr W...) : « ...est atteint de : Débilité mentale et de déséquilibre avec perversions, instabilité, condamnations multiples, inadaptabilité sociale, maniérisme, théâtralisme, puérilisme, lenteur psychique, viscosité mentale ; allégation d'une encéphalite à l'âge de 13 ans. Possibilité d'une part de déséquilibre aigu. Pas de signes post-encéphalitiques nets, sauf quelques troubles de la convergence. Tatouages. Non-lieu à la suite d'une inculpation récente d'escroquerie. A maintenir. »

Certificat immédiat, du 12 juin 1942 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité et de déséquilibre psychiques, instabilité mentale. Essais infructueux d'études secondaires et d'études d'horticulture à l'Ecole Fénelon, à Vaufours. Réformé du service militaire après quelques semaines. Récupéré pendant la guerre et démobilisé près de Perpignan. N'ayant pas de situation, s'engage, en novembre 1941, dans la Légion anti-bolchevique, et est réformé au camp d'instruction. Plusieurs condamnations antérieures pour abus de confiance, fraude à la régie, etc... Actuellement poursuivi pour abus de confiance. Non-lieu après expertise médico-légale. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 26 juin 1942 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité et de déséquilibre psychiques. *Curriculum vitæ* de déséquilibre et de délinquance. Placement actuel, après expertise médico-légale. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 19 mai 1943, à... (Dr X...) : « ...1° P.,, est un anormal psychique, dont la débilité mentale se dissimule derrière un aspect physique trompeur, mais dont l'inadaptabilité sociale est établie par l'expérience.

« 2° P... doit être considéré comme irresponsable des faits qui lui sont reprochés.

« 3° Dangereux pour la sécurité des personnes et l'ordre public, il doit être interné d'office dans un asile d'aliénés.

« Débilité et déséquilibre psychiques. Instabilité mentale. Essais infructueux d'études secondaires et d'études d'horticulture à l'Ecole Fénelon. Réformé du service militaire après quelques semaines. Récupéré pendant la guerre et démobilisé près de Perpignan. N'ayant pas de situation, s'engage, en novembre 1941, à la L.V.F., et est réformé au camp d'instruction. Plusieurs condamnations antérieures pour abus de confiance, fraude à la régie, etc. Actuellement poursuivi pour abus de confiance. Non-lieu après expertise médico-légale. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 20 mai 1943 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Instabilité. Nombreux démêlés avec la justice; vols, abus de confiance, fraude à la régie. A maintenir. »

Certificat de transfert, en date du 3 juillet 1943 (Dr Y...) : « est atteint de : Débilité mentale avec instabilité et déséquilibre. A eu de nombreux démêlés avec la justice, la plupart pour abus de confiance. S'est montré raisonnable et travailleur depuis son placement à..... Peut être transféré à..... »

Certificat immédiat, du 17 juillet 1943 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre sur fonds de débilité. Plusieurs condamnations pour vols ou fraude. Instabilité professionnelle. Allégation d'encéphalite dans l'enfance. L'examen organique révèle des pupilles inégales, irrégulières et rigides à la lumière, une convergence imparfaite. Faciès asymétrique. Sous surveillance, pourra bénéficier du placement familial.

Certificat de quinzaine, du 1er août 1943 (Dr Z...) : « Déséquilibre mental chez un débile. Développement incomplet des sentiments éthiques et moraux. Instabilité. Encéphalite dans l'enfance. Troubles de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque. A maintenir. »

Certificat de transfert à..., du 25 mars 1944 (Dr Z...) : « Déséquilibre mental sur fonds de débilité. Plusieurs condamnations pour vols ou fraude. Instabilité professionnelle (garçon d'ascenseur, employé d'agence de voyage, marchand de briquets non estampillés, garçon livreur, maître-nageur, etc...). Réformé de la L.V.F. en novembre 1941. Perversion des sentiments éthiques et moraux. Satisfaction de sa personne. Maniérisme. Intimidabilité très relative, comme en font foi ses nombreuses condamnations. Hospitalisé depuis juillet 1943, ne voulait plus prêter son concours aux travaux du jardinage. Mère psychopathe certaine, à l'aspect de gitane, méconnaissant complètement l'état de son fils. Allègue une encéphalite de l'enfance. L'examen organique révèle des pupilles inégales, irrégulières et rigides à la lumière. Faciès asymétrique. Le malade ne voulant plus demeurer à..... il y a lieu de le transférer à..... »

Certificat immédiat, du 27 mars 1944 (Dr U...) : « Déséquilibre psychique. Instabilité, inadaptabilité sociale. Nombreuses réactions antisociales. Engagé volontaire dans l'armée française. Réformé après quelques semaines. Engagé, en novembre 1941, dans la Légion anti-bolchevique. Réformé au camp d'instruction. Hyperémotivité. Vient de....., où il aurait cessé de travailler à la suite d'une discussion avec un camarade ayant critiqué son passé de légionnaire. Notion d'une encéphalite dans l'enfance. Parésie de la convergence, diplopie, pupilles inégales et irrégulières à gauche. Réactions photomotrices abolies. Tremblement fibrillaire de la langue. Possibilité d'ébauche de roue dentée à droite. Clignement des paupières à l'occlusion volontaire des yeux. Bruits cardiaques assourdis. Artères un peu dures. Tension artérielle 17/9 1/2.

« Aucun délit grave ne paraissant à redouter, un essai d'acclimatation à la vie familiale peut être tenté, sous réserve de réinternement immédiat, en cas d'indiscipline, d'instabilité ou de commerce illicite.

« A maintenir sous le régime de la loi du 30 juin 1838. »

Certificat de quinzaine, du 8 avril 1944 (Dr U...) : « Syphilis cérébrale. Syndrome de déséquilibre psychique. Calme, lucide et bien orienté depuis son entrée à la Colonie. Présente actuellement un état fébrile grippal.

« Réactions biologiques totalement positives : Bordet-Wassermann +++, Hecht +++, Meinicke +++, Kahn +++, urée 0,25, cholestérine 1,60, liquide céphalo-rachidien : lymphocytes 42, 4 éléments au mm^2, albumine 0,40, sucre 0,78, chlorures 7,14, Bordet-Wassermann +, benjoin 12221.12210.00000.

« A traiter et à maintenir. »

Commentaires. — La syphilis peut donc, tout autant, créer un état de déséquilibre psychique, qu'un état de déséquilibre antérieur peut se compliquer de spécificité.

La notion d'encéphalite a trompé tous les médecins, parce qu'ils n'ont pas toujours présent à l'esprit la règle du faisceau et de la sommation étiologiques.

Ce cas montre aussi que l'on entend par déséquilibre soit des formes aiguës, soit des formes chroniques.

Enfin, dès ce premier cas, on voit qu'il existe des syndromes physiques et biologiques du déséquilibre, si souvent pris pour un état constitutionnel et mental pur.

On note, en effet, des vestiges physiques d'une encéphalite, des signes de syphilis et de l'hypertension artérielle. Il s'agit là d'un faisceau étiologique à traiter.

Le début du traitement a eu deux ans de retard au moins, et probablement quatre, car ce sujet a été observé en juin 1940 à Moisselles, par un militaire, mais nulle part, la ponction lombaire ne fut faite.

Marqué dans la statistique officielle des asiles à la rubrique des déséquilibres, on voit combien insuffisant était cet enregistrement trompeur, pris comme un tout étiologique suffisant sans compter qu'il eût pu, tout aussi bien, être rangé à tort dans les débiles. Il s'agit d'un syndrome social de déséquilibre, étiologiquement d'une syphilis d'action neurotrope favorisée par une fragilisation antérieurement acquise.

Enfin, nous ajouterons que les malades sont trop souvent classés débiles, sans que les tests aient été pratiqués. La pratique des tests permettrait par la suite, avec le temps, de suivre l'évolution de l'affaiblissement intellectuel.

L'état mental de notre malade était de près de 15 ans, lors de notre examen aux tests de Binet et Simon.

Observation II. — H. E..., âgé de 53 ans, interné à 46 ans.

Certificat d'internement, Infirmerie spéciale, du 28 octobre 1937 (Dr U...) : « ...Mutisme. Mâchoires serrées. Tête rejetée en arrière. Immobilité complète depuis qu'il a été trouvé couché sur la chaussée, quai de Passy. Pouls 100. Pas de Babinski. N'a été trouvé porteur d'aucun objet, ni signe d'identité, sauf une feuille émanant de la Cour d'Appel de Paris et le convoquant à comparaître le 15 octobre 1937. Il en avait appelé d'une condamnation à 2 mois de prison pour mendicité.

« Refus d'aliments. Nécessité d'observation et de surveillance médicales suffisamment prolongées. »

Certificat immédiat, du 29 octobre 1937 (Dr X...) : « ...est atteint : D'état dépressif avec inertie, opposition, mutisme, refus d'aliments. A observer. »

Certificat immédiat, du 30 octobre 1937 (Dr V...) : « ...est atteint de : Confusion mentale probablement toxique, avec dépression par accès et refus de parler et de s'alimenter. Condamnation pour vagabondage. Expertise et non-lieu. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 14 novembre 1937 (Dr W...) : « ...est atteint de : Confusion mentale toxique dont il a conscience et qui s'améliore progressivement. Sans famille et sans ressources, ce malade doit être retenu à l'asile jusqu'au prochain transfert pour..... »

Certificat de transfert, du 22 janvier 1938 (Dr W...) : « ...est atteint de : Confusion mentale toxique dont il a conscience. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 5 février 1938 (Dr Y...) : « ...présente un : Accès confusionnel. Interné après non-lieu, à la suite d'une inculpation pour vagabondage. Légère lacune amnésique concernant la période de son internement. »

Certificat de quinzaine, du 19 février 1938 (Dr Y...) : « ...présente un léger état dépressif paraissant consécutif à un accès confusionnel d'origine toxique. Calme. A été placé.

« A maintenir. »

Certificat de transfert, du 4 septembre 1939 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Alcoolisme. Nombreuses condamnations. Ne peut être maintenu en placement familial, vu les circonstances actuelles. A transférer à..... »

Certificat immédiat, du 4 septembre 1939 (Dr Z...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique. Condamnations pour mendicité. Placement familial actuellement impossible. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 18 septembre 1939 (Dr Z...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique. Condamnations pour mendicité ; placement familial actuellement impossible ; travail régulier depuis son arrivée à l'Etablissement. A maintenir. »

Certificat immédiat, du 30 octobre 1940 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Alcoolisme chronique. Accès confusionnel en 1937 ayant déterminé une lacune amnésique. S'était évadé de l'hôpital psychiatrique de..... S'est présenté à la Colonie où il a été admis provisoirement. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 12 novembre 1940 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Alcoolisme chronique. Accès confusionnel en 1937. Déjà traité à la Colonie, y est revenu spontanément en s'évadant de l'hôpital psychiatrique de..... Sa situation a été régularisée sous forme de transfèrement. »

Certificat de transfert, du 15 juillet 1944 : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Forme délirante actuelle. Idées délirantes à thèmes mystiques et ambitieux, à base intuitive assez bien systématisée, semblant avoir pris naissance à l'Armée du Salut. Eléments délirants rétrospectifs ; il avait volé, sans doute, parce que quelque chose l'y poussait, probablement Dieu, afin de le relever après. Dieu veut qu'il rachète ses fautes ; Dieu a changé sa pensée : « La mienne est dans la sienne et la sienne est dans la mienne. » Il est le moissonneur confondu avec Dieu, il doit semer le bon grain dans le monde, sur les épines et les cailloux. Il doit porter la parole à tout le monde. C'est la pensée de Dieu qui l'a aidé à vaincre le tabac qui était plus fort que lui, mais ne l'a pas encore tout à fait aidé à vaincre l'alcool, ainsi que l'a prouvé un état d'ébriété constaté lors d'une récente entrée à l'infirmerie.

« Fonds mental bien conservé, pas de débilité nette (plus de 9 ans aux tests de Binet et Simon).

« Hyperémotivité et paroxysmes fréquents à la Colonie. Instabilité. A déjà fait 7 placements, depuis son entrée en 1937. Récent accès de fureur à l'occasion de la ponction lombaire montrant l'énorme déséquilibre émotif de ce sujet : a frappé sans préavis le Chef de l'infirmerie, après une phase de mutisme complet par protestation contre la ponction lombaire. Calme depuis. Syndrome social caractéristique. Instabilité et inadaptabilité anciennes. Passé judiciaire chargé. Nombreuses condamnations (huit au total) pour vols, vagabondage et mendicité. Deux fois interné dans les asiles. Deux fois évadé de St-Laurent-du-Maroni. Homosexualité dans le passé. Etiologie alcoolique. Notion de paludisme en Guyane, de rectite et d'ankylostomiase. Signes d'artério-sclérose. Assourdissement des bruits du cœur. Induration des artères. Tension artérielle 12-8. Signes dégénératifs : asymétrie cranienne. Aplatissement de l'os pariétal droit. Edentation, légère leucoplasie. Inégalité de l'ouverture de la bouche, plus étroite à droite. Difficulté de l'occlusion de l'œil droit. Tremblement digital. Abolition

probable de l'achilléen gauche. Oppenheim à droite. Pas de troubles de la sensibilité. *Examens biologiques* : Bordet-Wassermann, Hecht, Mæinicke et Kahn négatifs. Sang : urée 0,44, cholestérine 1 gr. 90. Liquide céphalo-rachidien : lymphocytes 0,8, albumine 0,32, sucre 0,25, chlorures 7 gr. 04, Bordet-Wassermann négatif, benjoin 00000.00010.00000.

« En raison des ivresses passées et de la dernière récente, en raison des nombreux accès de colère, de la grande impulsivité du sujet et des troubles du caractère (désobéissance aux surveillants), ce malade doit être transféré dans un hôpital psychiatrique fermé. Peut être dirigé sur... »

COMMENTAIRES. — La lecture attentive des différents certificats dont ce malade a été successivement habillé montre déjà la mutabilité des syndromes mentaux. Il aurait pu être successivement classé dans les états de confusion, les états dépressifs, voire périodiques, puiqu'il a été déprimé et plusieurs fois interné, dans les états délirants, par un aliéniste qui aurait attaché plus d'importance au syndrome délirant.

En fait, il était étiqueté et classé dans notre service, « déséquilibre psychique. » Il est évident que ce cas ne renseignait absolument pas le ministère quant à l'étendue sociale de l'alcoolisme, puisqu'il s'agit d'un déséquilibre, mais aussi d'un buveur si indiscutable que, le 4 et le 18 septembre, le médecin de... mentionnait, en tout premier lieu l'alcoolisme chronique. Les médecins suivent donc, bien inconsciemment, la règle du syndrome dominant soit à l'examen, soit au cours de l'évolution.

Du point de vue étiologique, on voit d'une part qu'il ne faut pas s'en tenir à la conviction d'une cause entièrement constitutionnelle d'un tel état et, d'autre part, que le cortège physique de l'état mental peut être très riche, si l'on examine ses malades en médecin. Les signes d'alcoolisme, l'artério-sclérose, les petits signes de localisation commençante que nous n'avons pu interpréter en sont une preuve.

Enfin, ici encore transparaît notre règle du terrain conçu comme un faisceau étiologique de causes altérant l'encéphale chez ce sujet qui présente des signes constitutionnels de dégénérescence, des signes vasculaires d'artério-sclérose et un passé alcoolique et parasitaire, sanguin et intestinal.

A noter qu'à en croire le malade, il n'a jamais eu aucun traitement antialcoolique, antitoxique, et ne fut jamais sevré d'aucune boisson alcoolique.

Là encore, la nomenclature officielle est insuffisante pour rendre compte de la complexité du cas.

Observation III. — B. E..., âgé de 27 ans, interné à 19 ans.

Certificat d'entrée, du 5 octobre 1937 (Dr Z...) : « ...présente des perversions instinctives. Masturbation. Exhibitionnisme. Fugues réitérées. Mythomanie érotique. Emprunts et vols d'argent. Irritabilité du caractère. Entêtement. Indocilité. Colère. Hérédo-spécificité. Ectopie testiculaire opérée. L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement. »

Certificat immédiat, 5 octobre 1937 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité mentale avec déséquilibre, troubles du caractère et tendances perverses : mythomanie, vols, fugues, masturbation, exhibitionnisme, stigmates dégénératifs. A maintenir. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 9 octobre 1937 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental, avec niveau intellectuel faible ; perversions instinctives, exhibitionnisme, indélicatesses, fugues, aspect dégénératif, chétivité. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 23 octobre 1937 (Dr V...) : « ...est atteint de : Débilité mentale ; stigmates de dégénérescence. Impulsions sexuelles. Vols à ses parents, fugues ; sujet pouvant, de ce fait, devenir dangereux. A mon avis, il y aurait lieu de transformer le placement volontaire en placement d'office. Prière de convoquer les parents pour tous renseignements sur la conduite du sujet. Attirer spécialement leur attention sur les impulsions sexuelles qui peuvent constituer un danger grave. »

Certificat de situation (conversion de placement), 1er décembre 1937 (Dr V...) : « ...est atteint de : Débilité mentale. Conformément à mon certificat du 23 octobre 1937, et étant donné les renseignements recueillis, il y a lieu de transformer le placement volontaire en placement d'office, le jeune B... étant incapable de se diriger et pouvant constituer, du fait de ses tendances sexuelles, un danger pour la sécurité publique. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 12 mars 1943 (Dr U...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Perversions instinctives. Masturbation. Exhibitionnisme. Fugues réitérées. Mythomanie érotique. Emprunts et vols d'argent. Irritabilité du caractère. Entêtement. Indocilité. Colères. Hérédo-spécificité. Ectopie testiculaire opérée. L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés (Certificat du 5-10-37, Dr Z...). Débilité mentale, stigmates de dégénérescence. Exhibitionnisme. Vols à ses parents. Fugues. Placement volontaire transformé en placement d'office. Travaille régulièrement, sans que sa conduite ait donné lieu à des observations spéciales. Peut être transféré à.... »

Certificat immédiat, du 13 mars 1943 (Dr T...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Hérédo-spécificité. Aurait manifesté, jadis, des instincts pervers (exhibitionnisme, etc...). Actuellement, serait calme et docile. Demande à reprendre son métier. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 27 mars 1943 (Dr T...) : « ...est atteint de déséquilibre psychique. Troubles du comportement dont il reconnaît le caractère morbide. Paraît actuellement très amélioré. Calme. A été placé. A maintenir. »

COMMENTAIRES. — En ce qui concerne le syndrome mental, Be... se présente comme un timide. Bien que le mot n'ait nulle part été prononcé, le terme de psychasthénie aurait pû être employé par certains aliénistes. Il est pudique et émotif, rougit en se déshabillant. Il n'a jamais eu de rapports sexuels.

Mis en confiance, il déplore de n'avoir jamais été soigné avec affection dans les asiles, ni autrement aidé que par des « bonjour, bonsoir » et c'est tout. « Je crois, dit-il qu'il faudrait ici, comme dans tous les asiles, des centres de rééducation ». Il nous confie un vol ignoré de tous, avec beaucoup de repentir.

Les perversions sont insignifiantes ; ce sont des peccadilles de jeunesse qui n'effrayent que lorsqu'on manque du temps nécessaire pour comprendre les malades et garder leur confiance. Il s'agit de deux fugues avec vol d'argent à ses parents et d'exhibitionnisme, d'une fenêtre à l'autre de la rue, avec une jeune fille qui lui rendit, très volontiers, la même politesse.

Son père était très coléreux, aussi a-t-il toujours vécu dans la crainte. Mais, cet arriéré affectif n'est pas un instant un débile, bien au contraire. Ici encore, peut-être conviendrait-il de parler de débile psychique, pour rendre compte de la timidité et de l'arriération affective, plus que de débile mental. Son niveau mental dépasse quatorze ans.

Il s'est très bien conduit à la colonie où il s'occupe de décoration, en prenant des cours par correspondance à l'Ecole universelle.

L'examen physique n'est pas indifférent. On relève des stigmates dysmorphiques, dits de dégénérescence. Le cuir chevelu est d'implantation basse, les lobules auriculaires adhérents, il existe un certain prognatisme avec élargissement considérable du maxillaire supérieur. La tension artérielle est de 15/6.

Be... a 26 ans et voudrait à présent se marier, mais sa qualité de « berdin » (fou ou aliéné dans le Berry ou le Bourbonnais) compromet toutes ses chances, déjà minces, par suite de sa crainte de rencontrer une aventurière.

Du point de vue endocrinien, les testicules sont anormaux. Le gauche est très petit, comme une olive et le droit est inclus dans l'aine. Une cicatrice témoigne d'une opération de fixation probable sur laquelle nous manquons de renseignements.

L'anamnèse rapporte l'hérédo-spécificité. Il affirme n'avoir jamais eu de traitement antispécifique et endocrinien.

Ainsi, en vertu de la conception erronée de la contitution, son état physique et mental, qui n'a pas empiré, a-t-il suivi son cours normal. Une conception plus médicale n'aurait-elle pas aidé à la récupération meilleure de ce sujet ? Une conception plus humaine de l'assistance n'aurait-elle pas aidé à le libérer des inhibitions morbides, à adoucir un peu sa vie, à le mieux insérer socialement ?

Quant à notre rôle ici, qui est de cumuler les fonctions de directeur et de médecin-chef de plus de 600 malades, et parfois de 700, la plupart du temps sans un assistant ou un élève, sans aucun atelier ou centre de redressement, il ne peut être qu'épisodique, donc minime, hélas.

Cette observation, si intéressante psychologiquement et socialement, montre bien la croisée des chemins somato-psychiques, l'interréaction du terrain constitutionnel et acquis et de l'élément réactionnel.

Observation IV. — Le..., âgé de 60 ans, interné à 53 ans.

Certificat d'internement, du 20 octobre 1938 (Dr T...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique. Parasitisme social, 9 condamnations, dont la dernière pour mendicité, les précédentes n'étant pas dévoilées pour cause d'amnistie. S'est présenté chez le « Sous-Préfet de Police », désirant savoir pourquoi on l'avait battu (traces de traumatisme du nez) et s'il était vraiment Président de la République. Contradictions incessantes dans ses affirmations : tantôt dit qu'il avait entendu cette dérision une fois, tantôt depuis 7 à 8 mois. Léger tremblement des mains et de la langue. Pouls 100 (en observation depuis le 17 octobre). A peut-être agi sous quelque accès alcoolique, mais, ce matin encore, maintenait avec force sa croyance à son élection présidentielle. »

Certificat immédiat, du 31 octobre 1938 (Dr S...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique, sur fond de déséquilibre mental ; obtusion ; fléchissement éthique, vagabondage, instabilité, troubles du caractère, violences, rixes, vagues idées de persécution. Ancien marin, plusieurs condamnations pour vagabondage ou violence, tremblement digital, faciès vultueux, traumatisme nasal récent. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 5 août 1939 (Dr U...) : « ...est un : Déséquilibré débile. Instabilité. Deux fois condamné pour délits mineurs. A transférer. »

Certificat immédiat, du 13 août 1939 (Dr V...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique avec troubles de la conduite et du caractère.

Fonds de déséquilibre mental et de débilité intellectuelle. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 26 août 1939 (Dr V...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique avec troubles de la conduite et du caractère. Fonds de déséquilibre mental et de débilité intellectuelle. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 5 juin 1941 (Dr W...) : « ...est atteint de : Débilité mentale ; alcoolisme, délits multiples. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 14 juin 1941 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité mentale. Alcoolisme ancien. Œdème des membres inférieurs paraissant lié à une carence d'origine alimentaire. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 27 juin 1941 (Dr X...) : « ...est atteint : D'alcoolisme chronique, sur fonds de déséquilibre psychique. Actuellement calme. A été placé. A maintenir... »

Certificat de transfert, du 28 août 1941 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité mentale. Alcoolisme ancien. Instabilité, inadaptabilité absolue. Après plusieurs essais, n'a pu être maintenu en placement familial. Doit être transféré à l'Hôpital psychiatrique de..... »

Certificat immédiat, du 29 août 1941 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental ; éthylisme chronique, polydélinquance. Etat général médiocre. Œdème des chevilles. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 2 septembre 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Ethylisme chronique. Etat général médiocre. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 12 décembre 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental avec troubles du caractère liés à l'alcoolisme chronique. Confié à un bon nourricier, pourrait être transféré à..... »

Certificat immédiat, du 13 décembre 1942 (Dr X...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Alcoolisme ancien. Déjà traité à l'établissement, n'avait pu s'adapter au placement familial en raison de son instabilité. Paraît amélioré à ce point de vue. Un nouvel essai va être tenté. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 26 décembre 1942 (Dr X...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Troubles du caractère par intervalles. Calme. A été placé. A maintenir. »

COMMENTAIRES. — L'inclusion de ce nouveau cas à la rubrique déséquilibre mental montre aussi tout ce que notre routinière nomenclature asilaire renferme de stérile et d'incomplet.

On y voit déjà la mutabilité des syndromes : déséquilibre mental, alcoolisme chronique, débilité mentale, ont été les étiquettes successivement attribuées. Faute d'une ligne de conduite

précise, l'enregistrement du cas varie avec les médecins et les secrétaires de direction. Continuer ainsi ne peut être que science morte.

Tandis que les statisticiens auront enregistré un cas de plus de cette entité atypique qu'on appelle déséquilibre, les associations pathologiques seront passées sous silence, bien qu'incluses dans les certificats. Ici même, l'alcoolisme figure en tête.

Observation V. — Pa..., âgé de 52 ans, interné à 31 ans.

Certificat d'internement, du 27 janvier 1933 (Dr V...) : « ...est atteint de : Débilité mentale, avec troubles du comportement. Irritabilité, colères impulsives, agitation désordonnée, violences, bris de matériel, accidents convulsifs depuis l'âge de 16 ans. Exagération des troubles par des excès alcooliques. Dépression avec thèmes hypochondriaques, vagues idées de suicide. Incapacité complète de travailler, depuis de nombreuses années. Déjà interné. Violences graves à l'Hôpital de la Pitié qui l'envoie. Encéphalopathie convulsive à 3 ans. Hérédité alcoolique. Cardiopathie. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien, alb. 0,30 ; glob. 0 ; leuco. 0,2 ; benjoin 00000.02222.11000 ; Bordet-Wassermann, Meinicke et parégorique négatifs.

« L'état mental de M. Pa... rend nécessaire son placement dans un asile d'aliénés. »

Certificat immédiat, du 29 janvier 1933 (Dr T...) : « ...présente un état mélancolique. Lamentations sur son sort, rhumatismes et crises nerveuses, accidents névropathiques avec excitation violente par intervalles. Cardiopathie. Déjà traité. Peut être transféré.

Certificat immédiat, du 4 février 1933 (Dr U...) : « est atteint d'alcoolisme chronique. Crises convulsives depuis l'âge de 16 ans. Signalé comme violent. A observer. »

Certificat de quinzaine, du 17 février 1933 (Dr U...) : « ...est atteint d'alcoolisme chronique. Calme dans le service depuis l'entrée. Pas de crises convulsives. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 10 janvier 1934 (Dr U...) : « ...est atteint d'alcoolisme chronique ; déséquilibre constitutionnel. Aurait présenté, avant son entrée dans le service, des crises convulsives de nature indéterminée. S'occupe. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 17 janvier 1934 (Dr Y...) : « ...est atteint de déséquilibre mental ; récit de crises pithiatiques ; alternatives de dépression et d'excitation. Actuellement calme. Lésion cardiaque de l'orifice mitral, séquelle de rhumatisme articulaire aigu. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 31 janvier 1934 (Dr Y...) : « ..est atteint de : Déséquilibre mental avec cyclothymie. Calme. A été placé. A maintenir. »

Commentaires. — Ces syndromes présentent l'habituel caractère protéiforme. Et dans une nomenclature classique, telle la nomenclature officielle de 1943, où figurent sur le même plan des étiologies en nombre insuffisant et des syndromes pris pour des entités nosologiques, ce malade aurait pu figurer alternativement dans les rubriques : débilité mentale (certificat du 27 janvier 1933) ; psychose périodique, puisque tout état mélancolique ou cyclothymique appartient à cette chimère (certificats du 29 janvier 1933 et du 31 janvier 1939), dans l'alcoolisme chronique, enfin, ou, ce qui fut en dernier lieu le cas, dans les états de déséquilibre, constitutionnel, pour certains, ou même épileptique.

Or, ce cas vérifie encore la constance de l'association étiologique et le fructueux intérêt des investigations physiques et anamnestiques de nos malades.

Les certificats eux-mêmes mentionnent, dans ce cas prétendu constitutionnel, les facteurs qui ont favorisé l'action alcoolique. On trouve la symbiose de l'hérédité, rappelée dans le premier certificat d'internement et des facteurs acquis. Certains ont joué le rôle de mordant : encéphalite à trois ans, puis rhumatisme articulaire qu'on retrouve très souvent chez nos malades, au même titre que la typhoïde. Pa... est un cardiaque qui a besoin de soins médicaux autant que de certificats administratifs.

Aux tests de Binet et Simon, le niveau mental est bien de 9 ans.

Ce cas correspond à une forme débile du déséquilibre. Le syndrome est autant acquis que constitutionnel.

Observation VI. — Pa..., âgé de 46 ans. Interné à 40 ans.

Certificat d'internement, du 10 juillet 1939 (Dr V...) : « état schizoïde avec inadaptabilité sociale complète. Bien que licencié en droit, il n'a jamais pu exercer son métier. Il a vécu d'expédients, mangeant peu à peu son capital avec sa mère. A commis une tentative de chantage, ridiculement puérile, avec une lettre enjoignant à M. de C. de lui envoyer immédiatement 1.000 fr. à son propre nom, à la poste restante, puis 2.000 autres francs dans le délai d'un mois. Cette lettre est presque incohérente et contient des sous-entendus multiples, avec un symbolisme délirant, des interprétations multiples, etc... S'adonne au spiritisme et à diverses sciences métapsychiques.

« L'inculpé était en état de démence, au sens de l'article 64 du Code Pénal, au moment de l'action, et doit être tenu pour irresponsable. Son état nécessite son placement dans un hôpital psychiatrique soumis à la loi du 30 juin 1838. »

Certificat immédiat, du 11 juillet 1939 (Dr W...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental chez un épileptique avec évolution schizophrénique

possible, apragmatisme, occupations mal définies d'études économiques et sociales, science métapsychique, vie spéculative, déchéance pécuniaire et sociale, bradypsychie, mutisme, éléments imaginatifs. Lettre puérile de chantage en donnant son nom, adressée à un antiquaire dont il prétendait dénoncer les condamnations (paraît croire à la réalité des accusations, dont il ne donne aucune source précise), crises d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans, périodes d'atténuation avec simples absences, reprise de grandes crises à l'occasion de son mariage qui a duré un mois ; crises assez rares en ce moment (régulièrement traité). Hyperréflectivité tendineuse, réactions photomotrices paresseuses, maigreur, anémie. A maintenir. »

Certificat immédiat, du 13 juillet 1939 (Dr X...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental chez un épileptique. Troubles de l'humeur, du caractère et de la conduite. Déchéance sociale progressive. Ralentissement intellectuel. Passivité. Inculpé récemment de tentative d'extorsion de fonds et de chantage. Crises d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans. Les crises complètes étaient rares, une à deux par an, mais des équivalents fréquents. Mauvais état général. Amaigrissement marqué. Pâleur. Pupilles inégales, très paresseuses à la lumière. Réflexes tendineux normaux. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 26 juillet 1939 (Dr X...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental et épilepsie. Ralentissement intellectuel. Déchéance sociale progressive. Pas de crise depuis l'admission. A maintenir. »

Certificat de situation (sortie demandée par la mère), du 16 avril 1941 (Dr U...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental, épilepsie et schizophrénie. La mère, qui réclame la sortie, est incapable de se rendre compte de la situation morbide du malade. La libération ne peut être envisagée pour le moment. »

Certificat de situation, du 18 septembre 1941 (Dr U...) : « ...est dans un état mental qui m'oblige à formuler les mêmes conclusions qu'au 16 avril 1941. »

Certificat de situation, du 22 mars 1942 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Epilepsie convulsive à crises très rares. Pragmatisme pauvre. Passivité et monotonie idéatives. Peut être transféré à..... »

Certificat immédiat, du 11 juillet 1942 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Désadaptation sociale. Aurait présenté des crises convulsives épileptiques. Attitude figée. Légère hypertonie musculaire. Troubles de la convergence. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 24 juillet 1942 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique avec syndrome comitial fruste, datant de l'âge de 18 ans (troubles encéphalitiques possibles). Calme. A été placé. »

Commentaires. — Le syndrome de Pa... apparaît comme complexe. Il montre bien l'insuffisance de l'étiquette déséquilibre mental, même du point de vue mental pur. Il représente une forme particulière du déséquilibre, la forme schizoïde, qu'il faut peut-être rattacher à la nature de l'association étiologique, car le sujet présente des signes de tuberculose.

On voit que l'état de ce sujet a été d'abord décrit comme celui d'un état schizoïde par l'expert, le premier aliéniste qui l'a observé. Le deuxième a constaté l'atypisme du syndrome, aussi a-t-il précautionneusement parlé de déséquilibre mental (le grand *caput mortuum* des états embarrassants) chez un épileptique, avec évolution schizophrénique possible. Un troisième aliéniste conclut à la présence de trois psychoses associées : la psychose déséquilibre mental, l'épilepsie, et la psychose schizophrénie.

On ne saurait trop souligner ce qu'a d'artificiel une telle classification. On voit aussi que, dans une classification où ces trois syndromes sont rangés sur le même plan, la valeur des renseignements statistiques fournis est nulle, si le cas de ce malade figure à l'une des trois rubriques. Placé dans le groupe des psychoses associées, on ne connaît rien de lui, non plus que dans le groupe déséquilibre psychique. Rangé à la rubrique des états atypiques, le statisticien ou le savant ne sera guère plus avancé, et parler d'épilepsie demeure insuffisant.

Ce cas montre bien qu'il n'y a que des syndromes dont il faut rechercher la cause, physiquement et biologiquement.

Physiquement, l'examen n'est pas négatif. Pa... présente des signes qui évoquent la dégénérescence. Il existe des stigmates dysmorphiques. La tête est volumineuse, les oreilles mal ourlées. Il existe une cyphoscoliose marquée. Les pieds sont plats. Mais on a mentionné aussi la possibilité d'encéphalite. Pa... marche totalement raide, les bras absolument soudés le long du corps. Il existe, nous a-t-il semblé, une parésie légère à la convergence.

Du point de vue endocrinien, Pa..., qui est chauve en partie, présente une absence importante de la queue des sourcils, des testicules de taille moyenne.

Il existe des signes de tuberculose pulmonaire. Quelques craquements à l'auscultation et, à la radiographie, le 6 janvier 1945, on note : infiltration des régions sus et sous-claviculaires droites, avec image de scissurite interlobaire. Il existe un clangor du 2e bruit à la base. La tension artérielle est à 12/8.

L'un des assistants du service avait marqué dans le dossier : déséquilibre mental avec syndrome comitial et possibilité de parkinsonnisme.

Nous croyons avoir retrouvé chez ce malade, vers l'âge de 18 ans, une période de somnolence. Craignant la suggestion, nous ne saurions être affirmatifs à ce sujet.

Pa..., qui est licencié en droit, est indifférent du point de vue féminin. Divorcé, il a actuellement 48 ans, n'a eu aucun rapport sexuel, ne s'est pas masturbé depuis plusieurs années.

Il n'a eu aucune crise depuis son séjour dans le service et prend quotidiennement 10 centigrammes de gardénal. Que l'on parle de forme épileptique du déséquilibre, forme à type déséquilibre de l'épilepsie, on voit l'insuffisance de la nosographie, si l'on ne tient pas compte de l'examen réellement médical, le seul examen qui sera un jour le trait d'union de tous les psychiatres, quand auront été enterrées toutes les vieilles entités si pernicieuses pour la recherche étiologique, la prophylaxie et la thérapeutique.

Disons déjà — argutie peut-être, mais qui a son importance pour les minutieuses recherches à venir — qu'on ne saurait avancer que notre malade est atteint de déséquilibre psychique, maladie autonome. Il faut chercher de quoi souffre ce malade qui présente un syndrome qu'on peut appeler déséquilibre psychique à forme épileptique ou schizoïde, selon ce qu'on croit le plus important.

Rédiger un certificat n'est rien. Soigner la tuberculose sera beaucoup mieux. Peut-être est-il tard, mais en tout cas, c'est le rôle médical essentiel.

L'association étiologique semble être ici : fragilité congénitale marquée par les signes de dégénérescence, peut-être encéphalite, peut-être localisation péri-striée de la toxine tuberculeuse.

Qui sait si la biologie ne nous permettra pas un jour de préciser les diagnostics différentiels de ces états ?

Observation VII. — G..., âgé de 57 ans. Interné à 34 ans.

Certificat d'internement, du 10 août 1922 (Dr V...) : « ... atteint de : Déséquilibre psychique. Idées délirantes imaginatives et interprétatives de préjudice et de revendication. Depuis un an, réclame un héritage qui viendrait de tenanciers d'un café. Accuse sa maîtresse et sa famille, surtout ses frères de l'avoir frustré. Donne des renseignements incomplets et insuffisants. Réponses évasives. Méfiance et réticence. Réactions pathologiques. Enquête par un détective privé. Menaces et violences contre sa mère et ses frères. Refus d'aliments depuis deux jours. Lettres manifestant des intentions de suicide. Antécédents de perversions instinctives et d'instabilité. Pas de signes neurologiques, sauf séquelles de paralysie faciale gauche par blessure de

guerre et qu'il est, par conséquent, dans un état d'aliénation mentale qui compromet l'ordre public ou la sûreté d'autrui et rend nécessaire son internement dans un asile. »

Certificat immédiat, du 11 août 1922 (Dr V...) : « ...est atteint de : déséquilibre psychique. Idées délirantes imaginatives et interprétatives de préjudice et de revendication. Héritage. Testament. Accusations contre sa famille et une ancienne maîtresse qui s'entendent pour le frustrer. Méfiance et réticence. Manifestations de doute sur la réalité des idées délirantes. Fonds de débilité mentale ; tendances aux réactions agressives. Violences contre son frère. Quérulence et récriminations. A maintenir. »

Certificat de quinzaine du 24 août 1922 (Dr V...) : « ...est atteint de déséquilibre psychique avec idées délirantes multiples. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 10 mars 1926 (Dr W...) : « ...est atteint de : Délire de préjudice, avec revendications et interprétations délirantes. Troubles du caractère, animosité à l'égard de sa famille ; réticences, réactions vives par intervalles. »

Certificat immédiat, du 12 mars 1926 (Dr X...) : « ...est atteint de : Débilité mentale avec idées confuses de persécution. Parésie faciale gauche traumatique. A besoin de soins spéciaux. »

Certificat de situation, du 3 février 1932 (Dr X...) : « ...est atteint de : Psychose périodique. Est en effet, actuellement, dans une très bonne période. Sa famille qui l'a connu comme très violent, n'a pas consenti, malgré mes instances, à tenter un essai de sortie. D'autre part, il est clair que ce n'est pas en cette période de chômage qu'il trouvera facilement à s'employer. Je considère comme plus prudent d'attendre l'évolution afin de constater si un accès n'est pas imminent. »

Certificat de transfert, du 17 avril 1392 (Dr X...) : « ...délire de persécution très amélioré, et peut bénéficier d'un séjour à..... »

Certificat immédiat, du 20 avril 1932 (Dr Y... » : « ...reconnaît avoir présenté un délire de persécution dont il n'a plus que des séquelles et dont il reconnaît en partie le caractère morbide. Malade calme qui bénéficiera incessamment du placement familial. »

Certificat de quinzaine, du 3 mai 1932 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental avec idees de persécution, actuellement en rémission très nette. Malade calme. A pu être placé. A maintenir. »

COMMENTAIRES. — Nous avons, là encore, un bel exemple de la mutabilité des syndromes, de la diversité des opinions et du manque de règles précises de classification. Presque toute la gamme de la nomenclature officielle est passée en revue, si l'on excepte la schizophrénie qui, peut-être un jour, servira à son tour à baptiser notre malade.

Jusqu'à présent, son cas a été considéré comme un cas de la maladie déséquilibre psychique, puis de la maladie dégénérescence ou débilité mentale, puis de la maladie délire de persécution, enfin comme une manifestation de la psychose périodique.

Il faut noter qu'un même médecin, de 1926 à 1932, rangea son malade dans trois rubriques différentes, dont l'une, celle du délire de persécution, affection théoriquement incurable, s'est montrée controuvée par l'évolution qui s'est faite vers la guérison.

Du point de vue étiologique, loin de paraître confirmer un trouble constitutionnel, l'examen physique et l'anamnèse montrent un cortège de symptômes somatiques dont on devra un jour préciser les rapports avec les syndromes psychiques, quand tous les aliénistes, enfin devenus essentiellement psychiatres, orienteront leur activité vers des préoccupations médicales, plutôt que vers des spéculations trop subtilement philosophiques.

G... présente des signes d'artério-sclérose : gerontoxon, artères sinueuses et indurées, clangor du deuxième bruit du cœur à la base, avec assourdissement à la pointe. Le pouls est dur, tendu, la tension est à 17-11. L'édentation est totale. Le faciès est coloré. On note une cicatrice de laparatomie sus-ombilicale secondaire à un cancer, un varicocèle gauche et une cicatrice d'appendicectomie. Le malade présente de nombreuses taches rubis et une peau marquée par une ichtyose généralisée. Les oreilles sont malformées, la voûte palatine est un peu ogivale et il existe une légère leucoplasie commissurale.

G... affirme n'avoir jamais bu avec excès. Sa vie sexuelle, à antécédents homosexuels probables, est absolument diminuée. On relève dans ses antécédents un traumatisme cranien avec perte de connaissance. A noter que ce sujet, considéré comme un débile, présentait, le 15 mars 1945, un niveau mental de 15 ans, aux tests de Binet et Simon.

Du traumatisme de guerre, persiste une paralysie faciale avec surdité gauche.

Observation VIII. — Br..., âgé de 58 ans. Interné à 42 ans.

Certificat de placement, du 17 septembre 1932 (D[r] U...) : « ..est atteint de : Délire de persécution à base d'hallucinations sensorielles surtout auditives. Attitudes constamment hallucinatoires ; les voix lui disent que sa femme lui fait des misères, il ne peut en dire plus. Orientation passable. Opposition par intervalles. Réflexes tendineux vifs. Urée du sang 0,70 0/00 (néphrectomie il y a deux ans). Liquide céphalo-rachidien normal à un séjour précédent. Myosis. Interné par les

soins du service, après plusieurs tentatives de suicide, en avril 1932. Sorti, il y a une semaine, de Sainte-Anne. L'état psychopathique de M. Br... nécessite, à nouveau, son transfert dans un asile d'aliénés. »

Certificat immédiat, du 18 septembre 1932 (Dr V...) : « ...s'assied en gémissant, il ne sait pas ce qu'on lui fait, des voix disent qu'on veut lui faire du mal, lui n'en a pas fait ; réponses souvent indistinctes, souvent mal articulées ; yeux clos et sourcils froncés ; marche courbé et à petits pas ; réflexes rotuliens vifs ; légères contusions aux membres inférieurs. Sortie récente. »

Certificat de quinzaine, du 1er octobre 1932 (Dr W...) « ...est atteint de : Dépression psychique avec idées mal systématisées de persécution. Anxiété par intervalles. Déjà traité. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 20 avril 1941 (Dr X...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique avec constitution paranoïaque. Idées de persécution à l'égard de sa femme, d'un médecin qui l'a fait interner (c'est un complot). Episode hallucinatoire (au début), qui ne paraît plus alimenté. Réclameur. Protestataire. Satisfait de lui. Ecrits multiples pour réclamer sa sortie. Peut être transféré en banlieue. »

Certificat immédiat, du 23 avril 1941 (Dr Y... » : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique ; puérilité euphorique. Griefs contre son épouse et un médecin de Malakoff, parce qu'ils l'ont fait interner en 1932. Une sortie inopérante, après six mois d'internement, replacé aussitôt. En 1932, épisode délirant hallucinatoire avec troubles cénesthésiques dont il reconnaît l'existence et qu'il ne présente plus aujourd'hui. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 6 mai 1941 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Idées de persécution à l'égard de sa femme et du médecin placeur. Interné une première fois en 1922. Sorti après six mois. A refusé de se retirer en Normandie ; sa femme l'a replacé aussitôt ; syndrome d'influence ; à cette époque, sentiment d'étrangeté agissant sur lui, impression de fluide électrique ; voix entendues. Résignation actuelle avec euphorie puérile. Se refuse à reprendre toute vie commune avec son épouse.

« Néphrectomie en 1930. Urée sanguine 0,40. Pupille gauche immobile. Sérologie spécifique négative. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 6 décembre 1941 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Délire de persécution ; syndrome d'influence. Calme, tranquille. Désir exprimé par lui d'être transféré. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 13 décembre 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Possibilité de troubles délirants ; réticence serrée. Episode hallucinatoire ancien. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 26 décembre 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique. Aurait présenté des troubles délirants à thèmes de persécution et d'influence. Réticence serrée sur ce point. Calme, a été placé. A maintenir. »

COMMENTAIRES. — A l'exception du médecin qui ne s'est pas compromis quand il constata que Br... s'asseyait en gémissant, on voit que ce malade a successivement appartenu à la psychose hallucinatoire, au déséquilibre, tantôt psychique, tantôt mental, et aux états de dépression psychique, qui, pour la quasi-totalité des auteurs classiques, sont rattachables aux grands groupements, mythiques d'ailleurs, de la psychose maniaco-dépressive ou périodique. Ce déséquilibre psychique, théoriquement constitutionnel, est, croyons-nous, sous-tendu et entretenu par un état biologique anormal, et peut-être accessible au traitement, s'il avait été tenté. Br... a subi une néphrectomie en 1930 et a été interné en 1932.

Il présente des signes d'artério-sclérose généralisée et une tension à 21-14. L'urée est à 0 gr. 80. La cholestérine est à 2 gr. 20. Les réactions sérologiques du sang sont négatives.

On note encore : une édentation quasi-totale, des varices marquées, de l'acrocyanose, un léger strabisme divergent. Les réflexes sont vifs, et on note la présence d'une certaine hypertonie musculaire.

Br... se présente autant comme un déséquilibré psychique que comme un délirant. C'est une forme délirante du syndrome déséquilibre psychique. C'est aussi une forme déséquilibre psychique d'un état délirant.

Etiologiquement, il existe un facteur alcoolique certain, qu'aucun certificat n'a mentionné, parce que les syndromes mentaux paraissent simples et faciles à classer.

Autrefois, il buvait quatre à cinq litres de cidre et du calvados, bi-quotidiennement. A Paris, il ne but jamais moins d'un litre de vin par jour. Il n'a jamais été condamné, et les troubles du comportement paraissent d'apparition assez tardive.

OBSERVATION IX. — Das..., âgé de 37 ans et demi. Interné à 34 ans.

Certificat d'internement, du 12 février 1939 (Dr U...) : « ...est atteint de : Dépression psychique. Tristesse, découragement en partie légitime. Vie solitaire. Manque de travail. Alcoolisme chronique. Tremblements digital et lingual. Syphilis en 1934 (?), soignée un mois, dit-il, à Cochin. Pas de signes neurologiques, sauf une légère inégalité pupillaire gauche positive, et une irrégularité de la pupille gauche. Plusieurs tentatives de suicide. Hospitalisé à Henri-Rousselle, le 30 janvier dernier, à la suite d'une tentative de submersion. Nouvelle manifestation d'une intention de submersion exprimée devant un agent. Cicatrice thoracique sous-claviculaire gauche, due à une tentative de suicide par coup de couteau, dit-il. Menaces de récidives expri-

mées à l'infirmerie. Fonds de débilité mentale. Est à peu près illettré. Plusieurs condamnations antérieures, dont l'une par coup de couteau à sa femme. Jalousie. Tatouages. Possibilité d'exagération et de tendances au parasitisme administratif. Observation nécessaire. »

Certificat immédiat, du 18 février 1939 (Dr V...) : « ...est atteint de : Déséquilibre mental. Episode de dépression et d'excitation. Exagération des réactions. Troubles du caractère, instabilité, alcoolisme chronique, délire antérieur de jalousie terminée par une tentative de meurtre sur sa femme (couteau) ; état dépressif actuel (manque de travail, divorce). Tentative de suicide et idée persistante d'en finir. Spécificité traitée, il y a quelques années, tatouages. A maintenir. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 18 février 1939 (Dr W...) : « ...est atteint d'état dépressif chez un grand déséquilibré amoral. Lourd passé judiciaire, très nombreuses condamnations pour vols, coups de couteau, batailles, vagabondage spécial, etc... Interdit de séjour et passible de la relégation à la prochaine récidive. Trois tentatives de suicide séparées de quelques semaines. Cicatrices multiples sur diverses parties du corps, dues, soit à des tentatives de suicide, soit à des coups de couteau reçus au cours de batailles. Instabilité cyclothymique, alternatives d'excitation et de dépression. Syphilis contractée il y a dix ans, très mal soignée. Chancre mou en 1934. Dysenterie à Fort National (Algérie), en 1928. Imprégnation alcoolique surajoutée. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 3 mars 1939 (Dr X...) : « ...aspect de débile amoral, rusé, formé évidemment dans un milieu de délinquance et de parasitisme. Réticence goguenarde. Carrière déjà fournie. Reconnaît six condamnations. Serait relégable. A maintenir, en attendant que l'on ait pu se former, par l'étude du dossier et une observation prolongée, une opinion fondée. »

Certificat de situation (P.P.), du 26 janvier 1941 (Dr Y...) : « ...est atteint de : Débilité mentale avec perversions instinctives. Suggestibilité donnant prise aux entraînements nocifs étrangers. Délinquance récidivante. Alcoolisme et syphilis. Troubles de l'humeur et du caractère. Plusieurs réactions antisociales violentes : trois tentatives de suicide, agressivité à l'égard de sa femme, rixes. Prétend que c'est son beau-frère, M... R..., qui pourrait lui assurer une tutelle en cas de sortie.

« Etant donné le passé d'instabilité, la prise en charge devrait offrir les plus sérieuses garanties ; il est impossible de formuler un avis avant que celles-ci ne soient connues et sans que le requérant soit avisé du passé du malade. »

Certificat de transfert, du 4 juin 1941 (Dr W...) : « ...est atteint de : Débilité mentale. Passé d'alcoolisme chronique. Suggestibilité ayant vraisemblablement motivé en grande partie sa délinquance. Calme.

Docile. Bon travailleur quand il est en bonne santé et bien encadré. Ayant paru physiquement touché (amaigrissement, asthénie), a fait l'objet de plusieurs examens, y compris radiographie et examens de crachats. Tous ont été négatifs au point de vue d'une tuberculose éventuelle. Pourrait éventuellement être utilement employé à des travaux agricoles. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 14 juin 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Débilité mentale. Passé de déséquilibre psychique et de délinquance. Actuellement, paraît calme et lucide. »

Certificat de quinzaine, du 27 juin 1941 (Dr Z...) : « ...est atteint de : Déséquilibre psychique sur fonds de débilité mentale. Actuellement calme, a été placé. A maintenir. »

Commentaires. — Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que les particularités du versant psychique de ce malade l'aient fait cataloguer dans l'entité psychose périodique. L'existence de périodes d'excitation et de dépression, l'irritabilité cyclothymique signalées autorisaient cette façon de voir qui n'aurait pas été plus fausse que l'autre. On voit donc, devant les cas complexes l'embarras des psychiatres.

Ce sujet est un grand instable de l'humeur, dont la perte de l'équilibre est souvent due à l'alcool. La plupart des certificateurs ont préféré donner au syndrome le qualificatif de déséquilibre, parce qu'ils ont donné plus d'importance au syndrome social ; un autre s'est attaché à noter au premier rang la débilité mentale. A notre avis, ce diagnostic ne devrait figurer dans les statistiques que lorsque le malade a été testé. Il n'est pas logique de donner la préséance à ce terme chez un sujet qui n'a été interné qu'à 34 ans. On voit aussi combien une règle de conduite serait utile, puisqu'un même médecin rangea ce cas, à quinze jours d'intervalles, une première fois dans la débilité mentale, une seconde fois dans le déséquilibre psychique.

Du point de vue étiologique, la règle de la sommation étiologique est évidente. Alcool et syphilis se donnent la main. Et la pychogénèse autant que les influences sociales, la mauvaise éducation, ne perdent pas leurs titres à être incriminées, puisque la délinquance et le parasitisme sont assez nets pour avoir été signalés en mars 1939.

A la Colonie, Bas... est discipliné, bon travailleur, mais encore enclin à des tendances ébrieuses par intervalles. Son cas montre la nécessité de diriger une Colonie familiale réservée aux hommes, avec fermeté et autorité.

Il faut noter encore que le père était alcoolique. Il existe une

cicatrice de chancre sur la verge, mais les réactions humorales sont actuellement satisfaisantes. L'urée est à 0,48 ; la cholestérine à 1,90.

Observation X. — Na..., âgé de 53 ans. Interné à 34 ans (deuxième fois) ; premier internement à 28 ans.

Certificat d'internement, du 1er juin 1926 (Dr V...) : « ...est atteint d'alcoolisme chronique avec état hypomaniaque. Désordre continu des actes, avec excitation souvent hostile et pessimiste. Véhémence, excentricités, auto-mutilation main gauche, avec scène prolongée de gestes extravagants et de propos emphatiques ou comminatoires. Menaces répétées contre ses sœurs. Maniement fréquent d'un couteau dans ses scènes ébrieuses. Menaces de suicide. Bris d'objets, isolement, morosité, taciturnité. Deux tentatives d'asphyxie. Pouls 92. Se présente torpide, obnubilé, incurique. Tremblement des mains. Déjà interné fin 1918 comme militaire, puis en 1920, sous les apparences de double forme avec éthylisme. Jusqu'à 45 consommations dans une journée. »

Certificat immédiat, du 3 juin 1926 (Dr W...) : « ...est atteint d'alcoolisme chronique. Accidents aigus récents sous forme d'hypomanie à la suite de deux tentatives de suicide. Avoue aujourd'hui des excès éthyliques, est repenti et légèrement déprimé. Troisième internement. Cicatrices au bras et à la main droite de blessures de guerre. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 18 juin 1928 (Dr W...) : « ...Accès hypomaniaque, à la suite d'excès alcooliques. Troisième internement. A maintenir. »

Certificat de transfert, du 11 mars 1931 (Dr W...) : « ...est atteint d'excitation maniaque alternant avec des périodes dépressives. Accès fréquents. Troisième internement. Peut être transféré. »

Certificat immédiat, du 19 mars 1931 (Dr X...) : « ...est atteint d'alcoolisme chronique. A observer. »

Certificat de quinzaine, du 2 avril 1931 (Dr X...) : « ...est atteint d'éthylisme très amélioré. A observer plus longuement. »

Certificat de transfert, août 1937 (Dr X...) : « ...a présenté plusieurs périodes d'excitation maniaque avec réactions dépressives, consécutives à des accès alcooliques. Troisième internement. »

Certificat immédiat, du 21 septembre 1937 (Dr Z...) : « ...Subexcitation psychique. Aurait présenté des accès d'excitation de type maniaque, sous l'influence d'excès éthyliques. A maintenir. »

Certificat de quinzaine, du 4 octobre 1937 (Dr...) : « ...est atteint de Déséquilibre psychique à manifestations cyclothymiques. A maintenir. »

Commentaires. — La mutabilité des syndromes et des intitulations est encore évidente dans ce dernier cas : alcoolisme chronique, accès hypomaniaque, déséquilibre pychique, psychose périodique.

Ainsi, selon le praticien, le malade aurait été rangé, soit dans l'alcoolisme, soit dans la psychose maniaque-dépressive, soit dans les accès maniaques arrosés.

Ce malade était classé, en dernier lieu, dans les déséquilibres psychiques. Mais, dans tous les cas, les renseignements étiologiques sont insuffisants, car là encore, le terrain se présente bien comme un faisceau étiologique, et chaque accès paroxystique comme une sommation étiologique, l'alcool étant probablement l'élément déséquilibrant de l'humeur. En effet, il est remarquable de noter que ce sujet a été commotionné de guerre, qu'il présente une fièvre typhoïde dans ses antécédents, qu'il contracta la syphilis, mal soignée d'ailleurs, au cours du service militaire.

Enfin, fumeur impénitent, actuellement intoxiqué par le tabac fraîchement cultivé, il présentait des signes d'artério-sclérose et une aortite nette avec souffle.

Il est mort récemment d'un œdème aigu du poumon.

Les faits nous paraissent nets. Ranger administrativement les dix malades précédents dans le déséquilibre psychique, ce qui était le cas, ne signifie absolument rien quant à la nature ou l'étiologie des maladies mentales. Il y a mutation quasi-constante des syndromes selon le temps, le lieu de l'examen, le stade de l'évolution, la tournure d'esprit du psychiatre.

Dans bien des cas, nos malades auraient pu prendre une tout autre place dans la classification, et même la quasi-totalité des rubriques de la nomenclature.

En nous en tenant aux grandes lignes, on peut faire remarquer que :

Cinq cas auraient pu, tout aussi bien, figurer dans la rubrique débilité.

En effet, les observations I, III, IV, V et IX mentionnent ce syndrome au moins une fois, dans l'un des divers certificats et en tête de ceux-ci.

Quatre cas au moins auraient pu être rangés dans la psychose périodique (V, VIII, IX et X) ;

Deux autres encore ont dû figurer à un moment quelconque dans le groupe des délires (VII et VIII) ;

Un cas dans la confusion mentale (II) ;

Un cas dans la psychasthénie (VI) ;

Un cas dans l'épilepsie et la schizophrénie (VI). Il y aurait même, chez le malade de cette observation, association de trois psychoses : épilepsie, déséquilibre et schizophrénie. Nos élèves savent combien cette notion de psychose associée, qui figure encore dans la nomenclature officielle soutenue par M. Demay au Conseil supérieur de l'hygiène (1), nous paraît, elle aussi, nécessiter révision et rajeunissement.

Si l'on songe encore que quelques psychiatres auraient choisi, pour leur classification, non les divers syndromes envisagés, mais les étiologies possibles, on voit quels écarts peut produire la statistique actuelle.

Nous sommes convaincus qu'avec la mise à la retraite, en plus des démences vésaniques, de la notion de psychose associée, la nomenclature gagnerait en clarté et richesse étiologique. Il suffit de la remplacer par la notion du syndrome dominant.

De plus, bien des syndromes sont associés. Nous avons en effet des déséquilibrés débiles, des déséquilibrés excités, des déséquilibrés déprimés, des déséquilibrés délirants, des déséquilibrés troublés par un élément confusionnel, tant il est vrai que les divers syndromes individualisés par la raison des aliénistes, se combinent entre eux, sous l'influence des processus et des perturbations biologiques qui les provoquent.

On voit donc toute l'insuffisance, toute la fausseté d'une telle conception, puisqu'il n'est guère de syndrome pur en psychiatrie.

Aussi nous semble-t-il souhaitable de classer les éléments du psycho-diagnostic selon le syndrome dominant, sans plus nous soucier des antiques classifications. Ceci fait, fuyant toute vaine discussion byzantine, puisqu'il n'existe aucun critère psychologique qui soit pathognomonique d'une maladie mentale, notre devoir de médecin doit commencer et non pas finir au certificat dont trop se contentent par la force des choses.

Commencer, c'est d'abord chercher les causes, toujours multiples, pour traiter le malade. Le laisser boire, par exemple, équivaudrait à injecter dans l'encéphale du tréponème, à pratiquer des greffes tumorales, à traumatiser le cerveau, à infecter le neurone.

Dans une classification qui ne serait pas synoptique, par le procédé des coordonnées ou par toute formule adéquate, bien des étiologies seraient oubliées.

(1) LECONTE (M.). — *La nomenclature officielle vichyste et la médecine psychiatrique*. Rapport inédit à M. le ministre de la santé publique, janvier 1945.

Il ne faut absolument pas perdre de vue cette règle quasi-constante du faisceau étiologique.

La statistique orthodoxe administrative, simple certes, mais simpliste assurément, peut laisser passer nombre d'étiologies.

Elle contribue à laisser croire que la psychiatrie est peut-être autre chose que de la médecine.

Puisqu'il ne nous est possible actuellement de nous livrer qu'à des travaux administratifs ou statistiques, nous pensons que nos remarques pourront du moins éclairer les lamentables sentiers à travers lesquels erre la grimace ridée et édentée de la vieille psychiatrie, que la trique de la loi de 1838 éloigne à chaque tournant, du chemin des hôpitaux.

En effet, chez nos dix déséquilibrés psychiques officiels, on relève en fait :

l'alcoolisme chronique dans cinq cas (II, IV, V, IX et X). On voit donc une fois de plus combien nos statistiques asilaires sur l'alcoolisme sont fausses et demeureront inopérantes pour juger de l'effet de nos futures lois, sans changement de méthode ;

l'hérédo-alcoolisme dans deux cas (V et IX) ;

la syphilis, dans deux cas au moins (I et IX) ;

la dégénérescence dans cinq cas (I, III, VI et VII) : cette rubrique devra reprendre sa place dans la nomenclature, pour qu'on puisse juger de l'évolution de la race et de l'effet des mesures d'hygiène antialcooliques et antisyphilitiques ;

l'artério-sclérose dans trois cas (II, VII et VIII) ;

enfin, dans un cas, on trouve : une commotion de guerre, un paludisme, un r.a.a., un cas de tuberculose, une urémie, une encéphalopathie, un facteur social net.

Dans l'observation X, il y a association de l'alcool, d'un traumatisme et de la syphilis. Dans l'observation IX, il y a association de l'alcool et de la syphilis seulement. Dans l'observation VII, il y a association de l'artério-sclérose et de la dégénérescence uniquement. Dans l'observation VI, il y a association de tuberculose et de dégénérescence. Or, fait remarquable, les certificats évoquent la notion de schizophrénie. Il semble bien que la toxine tuberculeuse contribue à dissocier les syndromes psychiatriques, quels qu'ils soient.

Nous avons souvent constaté que nombre de syndromes délirants alcooliques, empreints de dissociation, surviennent chez des alcooliques tuberculeux, anciens ou actuels, ou de famille tuberculeuse.

Que de recherches fécondes ne permettra pas la biologie quand

la médecine psychiatrique sera enfin dégagée de sa gangue administrative ou juridique : la syphilis et la dégénérescence sont associées dans l'observation I ; dans l'observation IX, il existe à la fois des stigmates endocriniens et dégénératifs.

Tout cela n'est-il pas véritablement médical ? Ne donne-t-il pas envie d'avoir enfin, comme ce serait le cas dans un hôpital banal, les mains libres pour fouiller et traiter nos malades ? Nombre de ces malades n'ont jamais été traités pour aucun processus. La croyance aux entités mentales est donc bien un mythe périlleux. Appliquer l'électro-choc sans traiter les processus est donc dangereux ou vain, et c'est peut-être là d'ailleurs qu'il faut voir la cause de bien des rechutes.

On peut conclure que c'est une chimère de concevoir la psychiatrie comme autonome. En ce qui concerne plus spécialement les problèmes du déséquilibre psychique, il s'en faut de beaucoup qu'il soit purement constitutionnel. A ce compte là, la plupart des autres syndromes le seraient aussi.

Dans un travail sur la paralysie générale (1), nous avons montré qu'à des symptômes dégénératifs, auxquels semble correspondre une fragilité cérébrale congénitale, peuvent se substituer parfois des causes acquises, comme c'est le cas de nos paralysies générales traumatisées du crâne à qui manquaient, par contre, des stigmates de dégénérescence.

Il faut redouter les positions trop administratives, psychologiques ou philosophiques, juridiques ou contemplatives, que la loi de 1838 a entretenues dans les asiles. Devant les problèmes de la Médecine psychiatrique, pour employer un terme pour lequel nous combattons depuis des années, il n'est qu'une attitude possible, c'est une attitude médicale. L'odyssée de nos malades, révélée par la lecture sériée de leurs certificats successifs, démontre qu'il y a beaucoup à faire. Le développement de services de psychiatrie dans les hôpitaux, quand l'asile est loin de la ville, l'ouverture et l'organisation de l'asile sous un régime semblable à celui du reste de la médecine, son rattachement à la Faculté ou à l'Assistance Publique, quand il est central, favoriserait beaucoup l'étape nécessaire à une authentique révolution psychiatrique.

(1) M. Leconte et P. Marty. — La paralysie générale est-elle de nature exclusivement syphilitique ? *La Gazette des hôpitaux*, février 1945.

L'ETIOLOGIE DES MALADIES MENTALES

De quelques objections à la théorie jacksonienne des maladies mentales

PAR

MADELEINE CAVÉ

L'étude de l'étiologie des maladies mentales présente une complexité particulière et soulève des problèmes que tout psychiatre a sans cesse présents à l'esprit. A l'origine d'une maladie mentale déterminée, en effet, nous ne retrouvons pas toujours les mêmes facteurs pathogènes, mais des facteurs d'origines bien différentes. Nous voyons par exemple certaines schizophrénies ressortir tantôt à une infection, par le colibacille, tantôt à une hyperfolliculinie, tantôt à une septicémie tuberculeuse, tantôt encore ne ressortir à aucune de ces étiologies. D'autre part, hyperfolliculinie, colibacillose, septicémie tuberculeuse, etc... peuvent exister, sans déterminer pour cela l'éclosion d'une maladie mentale. Ainsi, en psychiatrie, une même cause ne produit pas toujours le même effet et des causes différentes produisent au contraire un effet identique. Le rapport qui unit la maladie mentale à la maladie organique est donc un rapport mystérieux. Et c'est ce mystère que les psychiatres modernes ont cru éclaircir en adoptant la théorie jacksonienne des maladies mentales.

Cette théorie, grossièrement résumée, s'exprime en trois propositions principales ;

1° à la base de toute maladie mentale, existe une maladie organique qui en est la cause ;

2° cette maladie organique détermine une dissolution des fonctions psychiques supérieures qui exercent le contrôle de l'inconscient (symptôme négatif). A la faveur de cette dissolution, les éléments inférieurs du psychisme apparaissent (symptômes positifs) ;

3° les différentes maladies mentales sont hiérarchisées les unes par rapport aux autres : leurs formes différentes dépendent du degré différent de dissolution qui a été réalisé par la maladie organique (dissolution d'ordre général, à laquelle il convient d'adjoindre, dans certains cas, des dissolutions locales).

Cette hypothèse est intéressante en ce qu'elle résume de façon satisfaisante l'effet général produit sur le psychisme par des maladies organiques absolument différentes les unes des autres. Le mot dissolution signifie désagrégation d'une fonction normale de contrôle, rupture d'une barrière nécessaire, invasion de l'inconscient et postule qu'une maladie organique est la condition nécessaire, indispensable de cette dissolution.

Jusque-là, rien à objecter. Psychiatres et même psychanalystes, au nombre desquels nous nous comptons, peuvent accepter en gros l'idée de dissolution. Freud, en effet, reconnaissait l'importance du rôle joué par une constitution morbide ou par une maladie organique accidentelle dans l'étiologie des maladies de l'esprit. Il plaçait le « moi », c'est-à-dire la fonction qui, selon lui, s'oppose à l'irruption des symptômes névrotiques, dans le champ de la conscience, sous la dépendance absolue des facteurs organiques. Nous avons récemment insisté sur ce point dans notre ouvrage sur l' « Œuvre paradoxale de Freud » (1) et montré qu'une conception psychogénétique des maladies mentales était le fait de disciples ayant mal interprété l'œuvre du maître.

Nous n'acceptons pas avec la même facilité l'idée de hiérarchie. *Les maladies mentales en effet ne nous semblent pas hiérarchisées les unes par rapport aux autres.* Le mot de hiérarchie ne peut s'appliquer qu'à des maladies de même origine ou à des degrés différents *d'une même atteinte mentale.* Or, on ne peut pas dire que la schizophrénie, la manie et la paranoïa, pour ne nous borner qu'à trois exemples frappants, ressortissent à la même étiologie ou soient trois degrés différents d'une même dissolution psychique. Ce sont, au contraire, des maladies aussi différentes l'une de l'autre que peuvent l'être, dans le domaine organique, le kyste de l'ovaire, la maladie nitrale et la fièvre typhoïde.

Certes, on peut dire que dans la schizophrénie tout le psychisme est atteint, tandis que dans la paranoïa les fonctions intellectuelles sont conservées. Mais on n'en doit pas conclure pour cela que cette dernière maladie relève d'un degré moindre

(1) M. Cavé : *L'œuvre paradoxale de Freud,* Presses universitaires, 1945.

de dissolution. Dirait-on, en effet, que le kyste de l'ovaire est une maladie hiérarchisée par rapport à la fièvre typhoïde, parce que dans le premier cas la maladie n'affecte qu'un organe du corps, alors que dans le second elle affecte le corps tout entier ?

Dans le domaine organique, il existe certes des maladies hiérarchisées. Nous pouvons considérer, par exemple, que le panaris est hiérarchisé par rapport au phlegmon diffus, lui-même hiérarchisé par rapport à la septicémie à streptocoques. *Mais toutes les maladies organiques ne sont pas hiérarchisées les unes par rapport aux autres.*

Il en est de même en pathologie mentale.

Ainsi, nous acceptons bien volontiers que l'hystérie, la catatonie de Kahlbaum et la schizophrénie soient, comme le veut M. Baruk, trois degrés d'une même maladie, trois stades différents d'une même évolution (nous pourrions dire, d'une même dissolution). Il y a, en effet, si peu solution de continuité entre ces trois affections, que certains malades, qui, autrefois, auraient été sans aucun doute classés par Charcot dans « la grande hystérie », sont aujourd'hui classés parmi les schizophrènes ; que la catatonie de Kahlbaum rentre, selon la nosologie adoptée par les psychiatres qui en traitent, soit dans le cadre de l'hystérie, soit dans celui de la schizophrénie, et les passages d'une forme de ces maladies à l'autre sont très fréquents.

Mais, entre une schizophrénie et une paranoïa, où est la hiérarchie ? Dans la schizophrénie, l'irruption de l'inconscient dans le domaine de la conscience se manifeste essentiellement, pour nous en tenir à quelques traits grossiers, sous forme d'actes symboliques, d'apparence incompréhensible pour qui n'en possède pas la clef, d'attitudes corporelles catatoniques et de délire à base de rêve. Dans la paranoïa, l'irruption de l'inconscient se manifeste de façon tout à fait différente. L'idée délirante, issue de l'inconscient malade, subit une transformation, puis une projection au dehors, et tout un raisonnement s'exerce autour d'elle. Mais elle ne subit pas de symbolisation, elle ne s'exprime pas corporellement, elle ne se rêve pas...

De plus, y a-t-il jamais passage d'une de ces maladies à l'autre ? La paranoïa s'aggrave-t-elle parfois et se transforme-t-elle en schizophrénie ?

Puisqu'il n'en est rien, c'est que ces deux maladies ne sont pas deux degrés différents d'une même dissolution, mais deux maladies absolument différentes l'une de l'autre.

Peut-on maintenant hiérarchiser l'une par rapport à l'autre

la schizophrénie et la manie ? Y a-t-il (les erreurs de diagnostic mises à part) passage de l'une de ces maladies à l'autre ? Y a-t-il au moins entre elles de profondes ressemblances ? Certes, lorsque les schizophrènes sont en proie au délire, les deux maladies arrivent à se ressembler et nécessitent l'établissement d'un diagnostic différentiel. Ce qui les sépare alors essentiellement, c'est que le contact avec l'ambiance est conservé dans la manie, tandis qu'il est absent dans la schizophrénie. Cependant, de la ressemblance momentanée et grossière entre les symptômes observés, on ne peut déduire l'idée qu'il existe une hiérarchie quelconque entre ces deux maladies. En pathologie organique, en effet, le « gros ventre » de la cirrhose du foie ressemble à celui de la péritonite tuberculeuse et à celui du kyste de l'ovaire. Aucun médecin n'a cependant songé à hiérarchiser l'une de ces maladies par rapport à l'autre.

Non seulement la manie et la schizophrénie ne sont pas deux degrés différents d'une même dissolution, mais on pourrait presque dire que ce sont deux maladies opposées. En effet, le trop plein de forces, le débordement d'énergie, la vitesse du courant de la pensée, l'appétit dévorant, l'euphorie des maniaques s'opposent trait pour trait à la perte de forces, à l'absence d'appétit et de vitalité des schizophrènes, pour qui tout effort physique constitue une fatigue insurmontable, qu'on doit gaver parce qu'ils refusent de se nourrir et qui restent figés pendant des jours et des jours dans les mêmes attitudes.

En résumé, pour qu'il y ait hiérarchie, il faut qu'il y ait identité de nature (que cette identité de nature soit évidente, ou qu'elle se révèle par le passage d'une des maladies à l'autre), sinon il ne s'agit pas d'une différence de degré dans la dissolution, mais *de dissolutions de nature bien différentes* et nullement hiérarchisables.

Quant à l'hypothèse de dissolutions locales ajoutant leur effet à la dissolution d'ordre général, l'adopter revient à rejeter l'idée de hiérarchie pour lui substituer l'idée d'attaques organiques différentes selon les diverses maladies mentales.

Laissons maintenant l'idée de hiérarchie et revenons à l'idée de dissolution. Nous n'avons pas contesté qu'un désordre organique soit la cause *nécessaire* de toute maladie mentale. Ce que nous contestons maintenant, c'est qu'il en soit la *cause suffisante*. C'est que l'apparition d'une maladie mentale n'ait pour cause première qu'un désordre organique.

Certes, l'hypothèse de dissolution tient compte du facteur psychique : c'est lui qui, libéré, détermine, d'après elle, les symptômes positifs de la maladie. Mais elle ne lui donne pas la place qui convient ; *elle ne lui reconnaît pas le rôle déclenchant qu'elle accorde aux facteurs organiques.* Elle contient implicitement la notion d'un inconscient primitivement passif, inactif, inerte, qu'une atteinte corporelle se borne à découvrir à différents degrés de profondeur ou en certains points déterminés. Les différentes maladies mentales, d'après elle, résultent uniquement des différentes modalités, selon lesquelles l'atteinte organique met à nu l'inconscient. Celui-ci ne manifeste une activité excessive *qu'après* sa libération par des facteurs organiques. Son activité n'est pas une activité *primitivement* exaltée et capable par cela même de déterminer une maladie mentale, mais une activité excessive purement réactionnelle.

Car si l'organique seul jouait le rôle primitif, il en résulterait nécessairement (pour reprendre un exemple déjà cité) que toutes les hyperfolliculinies, toutes les septicémies tuberculeuses, toutes les colibacilloses aiguës devraient toujours déterminer l'apparition d'une schizophrénie. Puisque cela n'est pas, c'est qu'un autre facteur, tout aussi nécessaire, joue un rôle tout aussi indispensable. Ce facteur, la psychanalyse et les guérisons qu'elle opère dans le domaine des névroses (et dans quelques cas de psychose au début) nous en démontrent la nature : c'est le rôle pathogène *agresseur, vis-à-vis de l'intégrité psychique,* d'un inconscient pathologique.

En refusant ainsi de placer l'inconscient sur le même plan que l'organique, la théorie jacksonienne n'explique ni les guérisons opérées par la psychanalyse, ni que des maladies organiques déterminées ne s'accompagnent pas toujours et nécessairement de maladie mentale.

Sans doute, la théorie jacksonienne explique-t-elle de façon satisfaisante certains faits pathologiques appartenant au domaine de la neurologie. Cela n'est pas étonnant, puisque l'axe cérébro-spinal est formé de voies et de centres systématisés et hiérarchisés les uns par rapport aux autres. Elle ne s'applique pas avec le même bonheur au domaine de la psychiatrie.

L'hypothèse jacksonienne nous semble une hypothèse beaucoup trop compliquée. Pour comprendre dans quelle mesure l'organique et le psychique jouent un rôle à l'origine de la maladie mentale, il suffit, selon nous, de considérer simplement ce qui se passe dans les maladies microbiennes.

Après les découvertes de Pasteur, on attribuait au microbe un rôle prépondérant dans l'étiologie de ces maladies. Depuis quelques années, se dessine la réaction inverse : c'est au terrain maintenant qu'on attribue le rôle majeur. Il existe, en effet, des porteurs de germes sains. Le microbe peut donc être là, présent, et cependant demeurer impuissant. Il n'en est pas moins vrai que si un individu ne s'en va jamais en Afrique Equatoriale et ne s'expose jamais à être piqué par la mouche tsé-tsé, il ne contractera jamais la maladie du sommeil, même s'il est prédisposé. *Ainsi, microbe et terrain sont deux facteurs qui forment entre eux une symbiose indissoluble* et qui sont tout aussi nécessaires l'un que l'autre à l'apparition d'une maladie microbienne.

L'étiologie de la maladie mentale est, comme celle de la maladie organique, un produit de deux facteurs : un déséquilibre biologique, un inconscient pathologique. Tous deux doivent être placés sur un même plan. Et l'on peut dire : n'éclatent des troubles mentaux à l'occasion de maladies corporelles connues ou inconnues que chez ceux dont l'inconscient malade, hypertendu, avait déjà tendance à effracter le seuil de la conscience. Tout comme l'on peut dire, qu'un déséquilibre biologique, si léger soit-il, est la condition absolument indispensable pour que des complexes morbides subconscients puissent devenir pathogènes.

Continuons notre comparaison. Selon les différentes maladies infectieuses, tantôt le facteur terrain, tantôt le facteur microbe, joue un rôle prédominant. Ce sera le terrain, par exemple, dans le cas d'un anthrax profond survenant chez un diabétique, le staphylocoque étant un hôte habituel de la peau, et ne devenant pathogène que lorsque le terrain offre un milieu favorable à sa multiplication. Au contraire, le microbe sera à incriminer en premier dans les cas de tuberculose conjugale, où des inoculations répétées finiront par avoir raison d'un terrain jusque-là résistant. De même, en pathologie mentale, l'organique aura la première place lorsque des intoxications particulièrement nocives rendront soudain virulents des complexes psychiques quasi-banaux, tandis que le psychique, au contraire, jouera le premier rôle dans le cas où des traumatismes affectifs intenses et répétés profiteront de la plus légère atteinte organique pour effracter bruyamment le seuil de la conscience.

Et tout comme un même microbe, le streptocoque peut, selon les différents terrains où il évolue, donner des maladies aussi différentes que l'otite, la pleurésie, la méningite ; de même, des

refoulements psychiques semblables pourront déterminer, selon la diversité des désordres corporels où ils évoluent, des maladies aussi différentes que l'hystérie, la catatonie, la schizophrénie.

L'étiologie de la maladie psychique est aussi nuancée que celle de la maladie organique. Elle est susceptible des mêmes modalités ; mais c'est, comme elle, un produit de deux facteurs qui sans doute varient en raison inverse l'un de l'autre selon les différents malades. Mais aucun des deux ne doit être systématiquement subordonné à l'autre. Tantôt l'un, tantôt l'autre joueront le rôle primitif ; tantôt l'un, tantôt l'autre, le rôle réactionnel.

Ainsi, l'observation de l'étiologie de certaines maladies organiques nous paraît suffire à donner une idée de ce qui se passe à l'origine des maladies mentales. Cette observation, et la conception qui en résulte, a l'avantage de ne pas postuler une hiérarchie entre les maladies mentales. Elle explique, en outre, quelques faits, dont la théorie jacksonienne ne suffit pas à rendre compte.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 8 Avril 1946

Présidence : M. Eug. MINKOWSKI, vice-président

PRÉSENTATIONS

Syndrome adiposo-génital chez une hébéphrène. Action remarquable de l'encéphalographie gazeuse et de l'électro-choc sur l'aménorrhée et l'obésité, par MM. Jean Delay et Jean Mallet.

Observation. — Il s'agit d'une malade âgée de 30 ans, chez laquelle un syndrome hébéphrénique grave évolue depuis 10 ans, doublé d'un syndrome adiposo-génital.

Les troubles mentaux sont les premiers en date. Ils sont faits d'affaiblissement de l'élan vital, de l'intérêt, de l'affectivité, bref d'athymhormie. Très vite, la malade est devenue indifférente, complètement inactive. Elle ne parle bientôt plus, des tics et des grimaces apparaissent. Cependant, elle n'a pas de réactions violentes, ne refuse jamais de s'alimenter.

Sept mois après le début de ces troubles mentaux, qui remontent à dix ans, l'aménorrhée s'installe. Jusqu'alors, la malade, depuis l'âge de douze ans, avait été réglée de façon régulière. On a fait parfois apparaître des règles chez la malade par injection de benzoate d'œstradiol, mais il n'y a eu pendant ces dix dernières années aucune menstruation spontanée.

Deux ans après l'apparition des troubles mentaux et de l'aménorrhée, l'atteinte hypophyso-diencéphalique se corse, la malade engraisse rapidement, une hypertrichose à topographie masculine apparaît.

Parmi les antécédents, on note que la malade a eu le certificat d'études primaires à 14 ans. Elle n'avait pas de tendances schizoïdes, aucun épisode encéphalitique n'a été remarqué. Vers l'âge de 16 ans, alors qu'elle était plutôt mince, comme l'assure sa mère et en témoignent des photographies, elle s'est mise à absorber des produits douteux destinés à la faire maigrir, à consommer du thé en cachette et de façon excessive. Elle aurait été impressionnée par l'obésité de son père. Ce dernier est mort à 59 ans. Il était obèse depuis l'âge de 40 ans, et diabétique. On n'a jamais trouvé de sucre dans les urines de notre malade.

La malade entre dans le service le 10 octobre 1945, après dix ans d'évolution. Elle semble en être arrivée à un état démentiel véritable. Elle est gâteuse, tant au point de vue rectal que vésical. Elle crache parfois sur les autres malades et s'agite, paraissant hallucinée. Mais, en général, elle demeure complètement inerte à longueur de journée. Elle a un parasitisme mimique très marqué sur un fond inexpressif, inhumain. A part quelques rares monosyllabes, le mutisme est complet.

L'adiposité est considérable et frappe d'emblée. Elle prédomine au tronc et au visage qui a un aspect lunaire. La malade pèse alors 79 kg. 200 et mesure 1 m. 52. Il y a eu d'après la mère une recrudescence récente de l'obésité, coïncidant, semble-t-il, avec l'apparition de phénomènes hallucinatoires. A noter, en outre, une hypertrichose considérable à topographie masculine : barbe et moustache, pilosité exagérée des jambes. L'aménorrhée est complète depuis dix ans.

Les organes génitaux sont cependant de morphologie normale. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines, pas d'hyperglycémie, ni polyurie, ni polydipsie. Pas de troubles du sommeil, ni de la température. Il n'y a pas de vergetures, les rétines sont normales. Il a été impossible de faire un métabolisme basal, la malade s'agitant à toute tentative de cet ordre.

Pendant les 15 premiers jours d'observation dans le service, la malade n'a subi aucun traitement. Son poids, 79 kg. 200, est resté stationnaire.

Au bout de ces 15 jours, on pratique une encéphalographie gazeuse par voie lombaire, qui montre une selle turcique d'aspect normal et une atrophie corticale légère et diffuse. Trois jours après cette encéphalographie, apparaît une menstruation qui dure sept jours. Deux jours après la fin de cette menstruation, on commence un traitement par électro-chocs, à raison de trois séances par semaine. Une deuxième menstruation se déclenche huit jours après la fin de la première, au troisième électro-choc.

A partir de cette deuxième menstruation et jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant quatre mois, s'est établi un cycle normal, alors qu'il était interrompu depuis dix ans. L'état de la muqueuse utérine a été contrôlé par biopsie. Il n'y a jamais eu d'hémorragie intermenstruelle du 15e jour.

Au cours de ces quatre mois, la malade a subi deux séries de 12 électro-chocs, séparés par une série d'injections d'huile soufrée. Il est indéniable que l'encéphalographie et l'électro-choc ont eu un même effet, déclenchant le rétablissement du cycle génital, qui s'est maintenu pendant toute la période du traitement par électro-choc.

Autre fait tout à fait remarquable, à partir du traitement par électro-choc, suivant de très près l'encéphalographie gazeuse, la malade a perdu 12 kg. 200 en quatre mois, passant de 79 kg. 200 à 67 kg. L'hypertrichose a diminué, mais légèrement. Nous n'avons jamais pu pratiquer le métabolisme basal, par suite de l'état mental qui, en effet, n'a subi qu'une insignifiante amélioration.

Dans cette observation, deux faits sont à noter :

L'encéphalographie gazeuse et l'électro-choc ont rétabli l'un et l'autre un cycle menstruel interrompu par trouble du fonctionnement hypophyso-diencéphalique ; deuxièmement, l'électro-choc à coup sûr, et l'encéphalographie aussi peut-être, ont fait régresser l'adiposité.

Elle est à rapprocher de deux observations de Puech et de ses collaborateurs : l'une relatant la guérison chez un jeune homme d'un syndrome adiposo-génital d'origine non tumorale, encéphalographie par voie lombaire (*Revue neurologique*, mars 1934) ; l'autre, intitulée « Puberté prématurée avec croissance rapide, chez un hydrocéphale, survenue après ventriculographie », le niveau mental du malade ayant en outre été amélioré (*Revue neurologique*, février 1944).

Enfin, dans deux articles parus, l'un dans les *Annales d'endocrinologie*, l'autre dans les *Annales médico-psychologiques* en avril 1944, l'un de nous, étudiant avec Soulairac, Rivière et Corteel, le cycle sexuel chez des malades traités par électro-chocs, conclut à l'augmentation de l'activité sexuelle provoquée par l'électro-choc, et à la grande vraisemblance des mécanismes hypophyso-diencéphaliques de cette action endocrino-sexuelle. D'autre part, dans un article sur le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse, nous avons montré les analogies du mode d'action de l'encéphalographie gazeuse et de l'électro-choc.

Notre observation confirme ces conclusions de façon significative ; l'électro-choc et l'encéphalographie gazeuse augmentent l'activité sexuelle et le catabolisme des lipides, par action hypophyso-diencéphalique.

Discussion

M. Lassalle. — J'ai observé un cas qui montre l'action indiscutable de l'électro-choc sur le système nerveux végétatif.

Il s'agit d'une démente précoce non réglée depuis trois ans et présentant un mégacôlon entraînant des troubles considérables allant jusqu'à la sub-occlusion. Après une série d'électro-chocs, l'état mental ne s'est pas modifié, mais l'état général est devenu meilleur, les règles sont revenues et les troubles fonctionnels du mégacôlon ont disparu. Cette amélioration persiste depuis un an.

M. J. Delay. — Cette observation serait intéressante à publier en détail.

Psychose maniaco-dépressive et persistance anormale du tractus cranio-pharyngé embryonnaire, par MM. Jean Delay, Mallet et Naudascher.

Larson et Morgan ont récemment signalé des atteintes nucléaires de la substance grise de l'hypothalamus à l'autopsie de malades atteints de psychose maniaco-dépressive. D'autre part, les relations des tumeurs de la région diencéphalo-hypophysaire avec les syndromes thymiques ont fait l'objet de communications diverses d'Abély, Alpers, Cestax et Halberstadt, Cox, Dott, Guiraud, Gutman et Herrmann, Lhermitte, Parhon, Schilder et Weissmann, et d'un important travail de Riser et ses collaborateurs. Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation anatomo-clinique suivante :

Observation. — La malade est internée pour la première fois en 1917, à l'âge de 17 ans. Nous ne possédons sur cette période que les renseignements fournis par les certificats. *Certificat d'entrée* (Dr Dagonet) : est atteinte de débilité mentale, avec *idées mélancoliques,* demi-mutisme, pleurs. — *Certificat de sortie* (15 jours après) : est atteinte de débilité mentale avec idées mélancoliques, pleurs, période d'anxiété. Peut être rendue à la liberté à la demande expresse de sa famille.

Le 2e internement a lieu 2 ans après, en 1919. *Certificat immédiat* (Dr Briand) : *psychose intermittente,* période actuelle *d'excitation maniaque,* désordre dans les idées et dans les actes, loquacité, propos incohérents. — La malade est transférée à Maison-Blanche où le Dr Capgras émet le même diagnostic : *Certificat de quinzaine :* excitation maniaque avec désordre des idées et des actes, en voie d'amélioration. — La malade sort au bout de 4 mois à la demande de sa famille, paraissant améliorée.

3e internement en 1943, soit 24 ans après. Dans l'intervalle il y a eu des alternatives de gaieté exubérante et de tristesse plus ou moins profonde. Depuis quelques années ont apparu des troubles caractériels ; crises d'énervement, de colère avec bris d'objets, discussions,

altercations, grossièretés ; conscients, mnésiques, impulsifs, des troubles du comportement : déambulation sans but, tenue négligée, altercation avec un agent de police ayant motivé l'internement.

Certificat à l'entrée (Dr Neveu) : présente un état de sub-excitation et d'anxiété avec instabilité de l'humeur ; troubles du sommeil, onirisme, visions menaçantes de deux apaches armés de révolvers, fond de débilité mentale, niaiserie.

L'étude de l'observation montre qu'il s'agit surtout d'un état dépressif avec anxiété. On a constaté en outre à cette époque un syndrome



parkinsonien fruste : « Diminution du balancement du bras droit et du ballottement de la main droite. Très léger tremblement lingual. Défaut de convergence très net. Bradypsychie, viscosité. » Ce syndrome, sur lequel nous reviendrons, a été attribué à une hypothétique encéphalite épidémique.

La malade sort au bout de 3 mois sous la condition d'une stricte surveillance.

4e internement, 2 ans après (novembre 1945). Confusion très agitée avec onirisme variable et sans doute terrifiant. Aucun contact n'est possible avec la malade. Pas de sitiophobie. Quelques éléments d'allure maniaque ou mélancolique, pas de température. Gâtisme. Examen neurologique très difficile ne permettant pas d'apprécier des signes extrapyramidaux. Cœur et poumons normaux, urée sanguine, 0 gr. 60.

Le tableau reste identique pendant 15 jours, au bout desquels apparait une température à 37°5, l'urée restant à 0 gr. 75. Il y a des mouve-

ments de rotation rapide de la tête, la langue est sèche, les lèvres fuligineuses, pas de déshydratation, pas de sitiophobie. A l'auscultation, début de foyers broncho-pneumoniques qui, malgré un traitement énergique, enlèveront la malade en deux jours. Ainsi chez cette malade, atteinte de psychose intermittente, se sont succédés des accès mélancoliques, maniaques et confusionnels.

Vérification anatomique :

Poumons. — Lésions banales de broncho-pneumonie.

Au niveau du système nerveux central. — Le cerveau est petit, symétrique. Il n'y a pas d'hydrocéphalie externe. La base du crâne ne montre rien de particulier, pas de méningite séreuse. La région infundibulo-tubérienne est macroscopiquement normale.

A la coupe. — Le système ventriculaire est normal. On note l'existence d'un piqueté hémorragique diffus et léger.

Les circonvolutions semblent légèrement atrophiques.

L'examen *microscopique* n'a montré qu'un très léger œdème, au niveau de la région sous-corticale frontale droite. La région infundibulo-tubérienne est normale. Le système extra-pyramidal également.

Hypophyse. — La loge pituitaire est de volume et de morphologie normale. L'hypophyse est extraite facilement. Elle est d'aspect et de morphologie normale *sauf à la partie antérieure* où une sorte de *tubercule fait saillie* de 3 mm. environ, ovalaire à grand axe vertical de 4 mm. sur 3. Il a la même coloration que le reste de la glande.

Examen microscopique : 1° Le tissu glandulaire : image normale avec un léger degré de congestion. On note l'existence d'un très petit îlot adénomateux répondant à l'image de l'adénome fœtal ;

2° La lésion : elle est constituée par une *plage de sclérose* vraisemblablement ancienne, séparant la glande de nombreux îlots tissulaires périphériques. Ces îlots sont constitués par des cellules épithéliales de type malpighien. L'ensemble est évidemment un reliquat de tractus cranio-pharyngé embryonnaire.

L'examen des autres parties de la glande n'a rien montré d'anormal.

Cette observation nous paraît intéressante pour plusieurs raisons.

Elle réalise un syndrome mental fait de troubles de l'humeur sous forme d'accès dépressifs ou maniaques de courte durée, d'épisodes confuso-oniriques, de crises coléreuses sans caractère comitial, enfin de débilité. Ce syndrome a été signalé dans plusieurs observations anciennes de tumeurs hypophysaires ou infundibulo-tubériennes évoluant vers le 3ᵉ ventricule. Il a été plus spécialement explicité dans une communication récente de Riser, Dardenne, Ferdière et Gayral à la Société médico-psychologique, en octobre 1945, à propos de crânio-pharyngiomes

chez des sujets de moins de 20 ans. Ils affirment qu'il n'est pas dû à l'hypertension intracranienne (ce qui n'est pas exclu dans les observations antérieures), parce qu'il apparaît précocement.

2e point : la malade a présenté un syndrome extrapyramidal assez léger, d'abord attribué à une hypothétique encéphalite, mais les seules lésions trouvées à l'autopsie ont été celles de l'hypophyse. Il est assez fréquent qu'un tel syndrome ait été signalé chez des malades porteurs de tumeurs du 3e ventricule ou de cranio-pharyngiomes volumineux. Il est alors attribué par les auteurs soit à une compression directe des noyaux gris, soit à une compression indirecte par hypertension ventriculaire. Cependant, on note en 1940 une observation américaine de Schlesinger et Horwith (*Am. J. of Psychiatry*) relatant, dans une maladie de Cushing où l'hypophyse n'est que microscopiquement modifiée, une psychose dépressive et un syndrome extrapyramidal. Et il n'a été trouvé à l'examen anatomique du système extrapyramidal qu'un œdème intense dans quelques zones du locus niger.

M. G. Ferdière. — J'ai été vivement intéressé par la présentation de MM. Delay et Mallet et je remercie ceux-ci d'avoir cité le travail que j'ai publié récemment avec Riser, Dardennes et Gayral sur les troubles mentaux au cours des crânio-pharyngiomes. Je mets personnellement l'accent sur *l'anxiété* notable que nous avons observée dans un certain nombre des cas qui illustrent notre mémoire, en particulier chez un jeune enfant (cas princeps) qui faisait des épisodes de nature *onirique* ; il arrivait chez lui, affolé, prétendait qu'un incendie venait de se déclarer dans une maison voisine ; si bien que je l'avais pris au début pour un pithiatique ou un mythomane ; ce n'est qu'à des examens répétés et minutieux que j'ai découvert un signe du « poignet figé » de Froment qui m'avait orienté vers une encéphalite... jusqu'à l'apparition d'un syndrome adiposo-génital de plus en plus accusé. Ce n'est que par de telles observations que s'éclairera la psycho-pathologie si passionnante du diencéphale.

Encéphalite psychosique aiguë azotémique post-puerpérale. Guérison totale par pénicillinothérapie et électro-choc, par MM. Jean Delay, J. Maillard et J. Mallet.

Observation. — Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, sans profession. L'épisode actuel a débuté huit jours après un accouchement paraissant normal mais suivi de douleurs dans le flanc gauche, par une ascension thermique aux alentours de 40° et l'apparition de troubles mentaux. Ce furent d'abord des idées obsédantes relatives aux

heures des tétées, puis des thèmes mélancoliques bientôt noyés dans un tableau confusionnel. La malade assure que toute la famille est mourante, elle refuse de s'alimenter sous prétexte qu'elle-même se porte bien. Elle se plaint que sa « tête travaille », que « ça l'empêche de dormir la nuit ». Elle donne parfois l'impression de vouloir parler, mais de ne pas pouvoir. Elle dit souvent : « je ne comprends plus ». Elle ne reconnaît pas son entourage. Un médecin consulté parle de psychose post-puerpérale, lui administre du silénan et de la bévitine et obtient une chute thermique au bout de trois jours. Mais l'état mental ne s'améliore pas pour autant et évolue vers la stupeur avec sitiophobie complète, mutisme, opposition, carphologie.

Dans les antécédents nous notons deux faits : la malade est demeurée énurétique jusqu'aux environs de sa dixième année ; sa première grossesse, il y a quatre ans, a été suivie au bout d'une dizaine de jours d'un état confuso-onirique léger, spontanément résolu en deux semaines, sans que l'internement ait été nécessaire.

Tels sont les renseignements qu'on a pu obtenir de la famille. La malade arrive dans le service alors que les troubles évoluent depuis trois semaines. C'est un tableau d'encéphalite psychosique aiguë à forme stuporeuse qu'elle présente. L'excitation psychomotrice n'est qu'épisodique et peu intense, il y a au plus haut degré, stupeur avec opposition, et mutisme presque complet ne laissant passer que des incohérences traduisant parfois un onirisme terrifiant, visions d'incendies par exemple. Aucun contact n'est possible avec la malade. Par ailleurs le refus d'aliments est complet, les réflexes tendineux sont vifs mais il n'y a aucun signe neurologique de localisation.

Quant à l'état général il est de plus en plus mauvais et frappe d'emblée. La malade est pâle, d'une maigreur impressionnante, ses yeux sont excavés. Il y a dénutrition et déshydratation globale. La langue est saburrale, les lèvres fuligineuses, l'haleine fétide. Il n'y a ni sueurs visqueuses ni ecchymoses. Il y a constipation avec gâtisme vésical, oligurie vraisemblablement.

La température ne dépasse pas 38°5, le pouls est à 110, bien frappé, mais les deux silences sont presque égaux. La tension artérielle est à 12-8,5.

Le taux de l'urée sanguine est de *2 gr. 22*. Un examen complet d'urine est pratiqué, il n'y a ni sucre, ni albumine, ni cylindres. L'hémoculture est négative, il n'y a pas de splénomégalie. Il y a hyperleucocytose à 42.000 avec polynucléose neutrophile et anémie à 2.970.000. Le toucher vaginal révèle une métro-salpingite gauche du volume d'une orange.

Cette infection localisée nous parait responsable de l'atteinte toxique du système nerveux, réalisant le syndrome de l'encéphalite psychosique aiguë avec ses signes mentaux, ses signes généraux, son azotémie.

On injecte alors à la malade, par voie intra-musculaire, 150.000

unité de pénicilline dans les 24 heures ; on y adjoint 2 litres de sérum physiologique sous-cutané.

Le lendemain, le tableau clinique s'est encore aggravé, c'est celui de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique à la période de collapsus ; la malade est inerte, avec quelques mouvements stéréotypés de flexion et d'extension des membres. Le mutisme est complet. La température ne dépasse pas 38°. Le cœur est défaillant : pouls à 124, assourdissement du premier bruit, égalisation des deux silences, pointe abaissée. La maxima est à 8, la minima, très difficilement appréciable, aux alentours de 4 1/2.

L'urée sanguine atteint *4 grammes*, et on constate *pour la première fois* dans les urines la présence d'albumine (25 centigrammes), de cylindres granuleux, de cellules épithéliales et de cellules rénales, sans polynucléaires. Pas de corps cétoniques, ni de sucre. Le taux de l'urée urinaire est de 17 gr. 0/00.

On remplace le sérum salé par du sérum glucosé. On ajoute divers tonicardiaques et du syncortyl. On pratique une transfusion de 200 cc. En ce qui concerne la pénicilline, on augmente la dose quotidienne jusqu'à 200.000 unités.

Le lendemain, alors qu'on pouvait s'attendre à une issue fatale, le tableau s'est singulièrement amélioré. La malade n'est plus adynamique, l'état général est infiniment moins alarmant. Les signes de défaillance cardiaque ont disparu, le pouls est à 70, bien frappé, la tension est remontée à 11-7, la température est en plateau à 37°5, l'urée sanguine est descendue à 2 gr. 20. 24 heures plus tard, un examen complet d'urine ne décèle plus ni albumine, ni cylindres. Mais la confusion mentale stuporeuse persiste.

On continue les injections de pénicilline (200.000 unités par 24 heures), le sérum glucosé et les toni-cardiaques. L'amélioration physique va se poursuivre les jours suivants. Au bout d'une semaine, la malade, demeurée apyrétique, n'a plus que 0 gr. 40 d'urée sanguine par litre. La métro-salpingite est devenue à peu près imperceptible. La formule sanguine est redevenue normale. On arrête les injections de pénicilline. Le tableau mental est alors celui d'une confusion banale à forme stuporeuse. La malade est alors traitée par électro-choc, une séance tous les deux jours.

A la première séance, la sitiophobie disparaît, à la deuxième, le mutisme, à la troisième séance, la malade est lucide, bien orientée, elle n'a aucun souvenir de sa maladie, elle réclame sa sortie.

On arrête tout traitement le 13 mars. Il n'y a eu aucune rechute jusqu'à ce jour.

Cette observation nous paraît intéressante pour plusieurs raisons.

Nous reviendrons d'abord sur l'azotémie et les manifestations rénales. La plupart du temps, il n'y a eu dans les urines de notre

malade ni albumine, ni cylindres. Est-ce suffisant pour affirmer l'origine purement « extrarénale » de l'azotémie pendant cette période ? L'un de nous (1) a démontré qu'il est toujours injustifié, au point de vue physio-pathologique, de qualifier une azotémie d'extrarénale, sous prétexte qu'elle se développe chez des patients ne présentant pas par ailleurs le syndrome classique des néphrites. Pour Guiraud d'ailleurs (thèse de Chapoulaud), les lésions rénales sont constantes, à l'autopsie des délires aigus idiopathiques, leur intensité paraissant en rapport avec la durée de l'évolution. Il faut admettre une défaillance *fonctionnelle* du rein coïncidant avec la désassimilation azotée excessive et l'oligurie, et due vraisemblablement comme cette désassimilation à une action trophique du système nerveux central. Mais dans notre cas, la possibilité de modifications rénales discrètes, fonctionnelles, dues directement à l'infection en cause, sans l'intermédiaire du système nerveux, n'est pas exclue.

D'autre part, l'azotémie est montée brusquement un jour de 2 gr. 20 à 4 gr., et pendant 48 heures, et 48 heures seulement, il y a eu dans les urines de l'albumine et des cylindres. Il est possible qu'il y ait eu une bactériémie passagère responsable d'une néphrite transitoire surajoutée, qui ait elle-même causé cette élévation brusque de l'azotémie de 2 gr. 20 à 4 gr. Par ailleurs, la notion d'une néphrite lésionnelle due à une action trophique du système nerveux reste en discussion.

Au point de vue de la thérapeutique, l'action de la pénicilline a été absolument remarquable ; elle a permis de liquider très rapidement un foyer infectieux et deux des composantes du syndrome délire aigu : état général très grave et azotémie ont disparu parallèlement. C'est bien ce que note Marchand dans les rares cas de délire aigu ayant évolué spontanément vers la guérison : « L'azotémie, dit-il, disparaît très rapidement, l'état physique devient satisfaisant, tandis que l'amélioration de l'état mental se fait lentement. » Pour qui a vu notre malade lorsqu'elle avait 4 grammes d'azotémie, une guérison spontanée paraissait invraisemblable, et aussi une guérison par les thérapeutiques habituelles. Cette action de la pénicilline est à rapprocher de celle mentionnée dans deux autres cas de délires aigus où aucune infection n'a été décelée cliniquement (2).

(1) Lemierre, Delay et Tardieu. — Encéphalose azotémique et encéphalite psychosique aiguë azotémique, le problème des azotémies dites extra-rénales. *Paris médical*, 25 juin 1941.

(2) Delay, Desclaux, Gendrot et Digo. — « Délire aigu azotémique guéri par l'injection intra-rachidienne de pénicilline » et « Délire aigu azotémi-

Quant à la confusion mentale résiduelle, elle a cédé avec une extrême facilité à trois électro-chocs. Ce résultat confirme les conclusions émises sur l'action de l'électro-choc sur la confusion mentale, dans deux communications antérieures (1).

Discussion

M. Marchand. — Il s'agit d'un nouveau cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique guéri par la pénicilline. Je remarque, comme cela est fréquent, que la malade est une prédisposée puisque dans ses antécédents on note de l'énurésie tardive et un accès mental. Quant aux symptômes cliniques et humoraux, ils répondent à ceux qui caractérisent cette affection. Le cas rentre dans le groupe des encéphalites psychosiques aigues secondaires à un état toxi-infectieux, à une salpingite. J'estime que la maladie causale n'a joué qu'un rôle secondaire tandis que la morbidité du système nerveux a joué un rôle prédominant ; dans les formes primitives de l'encéphalite azotémique aucune toxi-infection ne peut être décelée. Les présentateurs soulèvent la question des lésions rénales dans la pathogénie de l'azotémie. Voici mes constatations : il y a des encéphalites aigues azotémiques dans lesquelles les reins sont normaux ou ne présentent qu'une tuméfaction trouble des tubes urinifères comme le fait est fréquent dans les affections aigues mortelles quelconques. Dans certains cas, et j'en ai rapporté des exemples, on constate des lésions de néphrite subaiguë. Or, dans ces cas, l'hyperazotémie n'est pas plus considérable que dans ceux où les reins sont peu ou pas altérés. J'ajouterai que le seul fait que les reins reprennent rapidement leur fonctionnement normal dans les cas évoluant vers la guérison plaide en faveur d'une azotémie extra-rénale. C'est d'ailleur ce que l'on observe dans le cas actuel.

Démence aigue post-infectieuse. Atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie gazeuse, par MM. Jean Delay, J.-A. Gendrot et R. Digo.

Observation. — Le malade que nous présentons est âgé de 25 ans. Pupille de l'Assistance publique, Robert P. fut adopté dans le bas-âge ; son père nourricier ne peut fournir aucune indication sur son hérédité.

que à guérison rapide. Action de la pénicilline ». Communications. *Société médico-psychologique*, 2 novembre 1945 ; et « Sur deux cas de délire aigu azotémique guéris par l'injection intra-rachidienne de pénicilline ». *Société médicale des hôpitaux*, 9 nov. 1945.

(1) Delay et Maillard. — Electro-choc et syndrome confusionnel, action sur l'hyperthermie et l'hyperazotémie. *Société médico-psychologique*, 28 mai 1945 ; L'électro-choc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale. *Société médico-psychologique*, 28 mai 1945.

Dans ses antécédents personnels, deux affections sont à retenir : à l'âge de 12 ans, un épisode fébrile oscillant entre 38 et 40° et dont la nature resta inconnue ; à 20 ans, un accident de la rue, avec perte de connaissance de quelques minutes, sans séquelles somatiques, ni psychiques appréciables.

Au point de vue scolaire, après avoir obtenu le brevet élémentaire à l'âge de 17 ans, il fait trois ans d'études à l'Ecole Bréguet, puis entre dans une entreprise comme dessinateur industriel.

Jusqu'au 27 août 1943, Robert P... ne présenta aucun trouble mental. A cette date, il rentre le soir, se plaignant de courbatures et de maux de tête. Sa température est à 39°. Dès le lendemain, l'état infectieux qu'on catalogue de « grippal » s'aggrave de troubles de la mémoire. Il est désorienté, il ne peut plus dire son nom ni son âge ; il est subdélirant.

Devant la persistance de la fièvre et l'aggravation de l'état confusionnel, son médecin décide de l'envoyer à l'hôpital, dans le service du P[r] Harvier où il entre une semaine après le début des troubles. L'observation faite à l'hôpital Cochin nous apprend que pendant 15 jours encore l'état somatique reste sérieux. Après une amaurose complète qui dure 24 heures, on assiste à l'apparition d'un syndrome encéphalo-méningé avec raideur de la nuque, légère paralysie faciale droite et diminution globale de la force musculaire. La ponction lombaire faite le 3 mai montre une albumine à 0,20 et 76 éléments par mm^3, hyperglycorachie légère à 0,75 et absence de bacille de Koch. D'autre part, l'hémoculture est négative et la numération globulaire normale. L'examen ophtalmologique est négatif.

Une ponction plurale pratiquée le lendemain montre un épanchement avec 64 polynucléaires, 22 lymphocytes et 14 cellules. Pas de germes à l'examen direct.

Une nouvelle ponction lombaire faite deux jours plus tard, retire un liquide légèrement louche avec 362 éléments par mm^3 et de très rares polynucléaires. L'albumine est toujours à 0,20 ; le glucose à 1,05.

En un mois environ, les symptomes infectieux, la fièvre, le syndrome méningé, l'agitation disparaissent. Mais le malade reste amaigri et transformé ; son état mental, en particulier, est caractérisé par des troubles mnésiques graves, de la désorientation et des troubles importants de l'humeur et du caractère.

On le transfère alors à la Salpêtrière dans le service du professeur Guillain à la fin de mai 1943. L'état mental prend progressivement son aspect définitif ; l'examen psychiatrique fait deux mois après l'arrivée du malade est consigné dans le certificat suivant (D[r] Péron) :

« Affaiblissement intellectuel avec amnésie extrêmement accentuée ; caractère d'amnésie de fixation et antérograde. Etat pseudo-confusionnel ; précise mal la date ; pas de désorientation dans le temps et dans l'espace. Excitation intellectuelle légère. Tendances revendicatrices : « Il n'est pas malade. On le met à l'hôpital pour l'empêcher de reprendre son travail. » Stéréotypies verbales. Pau-

vreté du vocabulaire. Quelques idées mélancoliques. Se présente comme une psychose post-infectieuse se rapprochant d'un Korsakoff. »

Le malade restera plus de deux ans en observation dans ce service, sans autre modification qu'une aggravation paroxystique des troubles du caractère.

Deux ponctions lombaires faites à un an d'intervalle montrèrent les mêmes réactions d'encéphalite infectieuse chronique :

Le 9 octobre 1943, liquide clair : albumine : 0,35 ; Pandy : +. Weichbrodt : négatif ; 19 leucocytes par mm^3 ; Bordet-Wassermann, négatif; benjoin : 1221.02221.00000.

Le 8 juillet 1944, liquide clair : albumine : 0,35 ; Pandy : légèrement positif ; Weichbrodt : + ; 4,2 leucocytes par mm^3 ; Bordet-Wassermann négatif ; benjoin : 11.10221.00000.

Notons que deux séries d'électro-chocs pratiquées au cours de ces deux années, n'amenèrent aucune modification de l'état mental du malade. La pyrétothérapie (Sodoku) n'eut pas plus de résultats.

A l'occasion d'une crise d'agitation, Robert P. est alors transféré à Ste-Anne où il est en observation dans notre service depuis cinq mois.

Sa présentation est invariable ; inerte dans son lit où il reste toute la journée assis sans lire ni parler, il semble indifférent, désintéressé, dépourvu d'initiative. L'interrogatoire met immédiatement en évidence un affaiblissement démentiel important. Les troubles de la mémoire sont énormes, l'orientation imparfaite. L'amnésie de fixation domine le tableau mental, se traduisant par un oubli à mesure et des lacunes mnésiques recouvrant de place en place la plus grande partie du passé. Le stock des idées se réduit à quelques souvenirs professionnels, scolaires et sportifs qui apparaissent en bloc, invariables, sous forme d'itérations verbales qui ressemblent plus à des radotages palilaliques qu'à de véritables stéréotypies, et qu'on peut lui faire répéter indéfiniment. Parfois incapable de résoudre certains problèmes enfantins, son raisonnement ne semble profondément atteint que par intervalles. La fatigabilité de l'attention est très grande, accrue d'ailleurs par l'amnésie de fixation déjà signalée.

Il garde de son état une conscience confuse et douloureuse qui se traduit par des récriminations sur son internement et par le rejet de la responsabilité de sa maladie sur les médecins « qui rendent psychique un individu bien portant ».

Son affectivité se caractérise en effet avant tout par des troubles du caractère et une mobilité incessante de l'humeur. Alors qu'il reste passif et met quand il est seul, l'interrogatoire est entrecoupé de poussées d'excitation agressive et de grossièretés suivies de pleurnicheries mélancoliques qu'on fait naître à volonté et qui se déclanchent d'une façon quasi-spasmodique à la manière des pseudo-bulbaires. Parfois, il présente par contre du puérilisme mimique et affectif pour raconter niaisement un souvenir sportif ou scolaire également stéréotypé.

L'examen neurologique est complètement négatif. On ne trouve, en particulier, aucun symptôme d'aphasie, d'agnosie ou d'apraxie. L'examen oculaire est négatif. Au point de vue viscéral, rien ne mérite d'être signalé.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien montre les mêmes résultats que précédemment : albumine, 0,35 ; cytologie, 7,2 éléments par mm^3. Bordet-Wassermann négatif ; Pandy +, et benjoin : 1110.00222.00000.

Dans le sang, notons que le taux de l'urée est à 0,43, que le Bordet-Wassermann est négatif, mais la réaction de Meinicke est partiellement positive.

Une encéphalographie gazeuse fut alors pratiquée le 15 décembre 1945. Elle montre une atrophie cérébrale généralisée avec une importante dilatation symétrique des ventricules latéraux, et une atrophie de la corticalité avec élargissement des sillons corticaux et une *véritable fonte des lobes préfrontaux.*

En résumé, il s'agit d'une démence avec prédominance des troubles mnésiques, surtout de la mémoire de fixation, troubles de l'attention, réduction du stock des idées, itérations palilaliques, puérilisme, incontinence émotionnelle et perte de l'initiative, syndrome constitué en quelques semaines à la suite d'un épisode infectieux encéphalo-méningé et caractérisé, au point de vue anatomo-pathologique, par une atrophie cérébrale généralisée, prédominant au niveau des lobes préfrontaux.

Cette démence aigue est apparue chez un homme de 25 ans qui n'avait présenté jusqu'alors aucun signe de dégénérescence, ni aucun trouble mental.

Nous ne connaissons dans la littérature qu'un cas analogue rapporté par MM. Guillain, Bertrand et Mollaret et survenu chez un homme de 24 ans, après une encéphalite infectieuse confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Ces auteurs, malgré la précocité et l'étiologie infectieuse du syndrome, classent ce cas dans la maladie de Pick.

Réservant à la maladie de Pick les syndromes démentiels apparaissant généralement dans la pré-sénilité, présentant le plus souvent, en dehors de la réduction du stock des idées et des troubles de la mémoire de fixation, un syndrome aphaso-agnoso-apraxique, et caractérisés par une atrophie de type dégénératif, nous ne faisons pas entrer le cas présenté aujourd'hui dans le cadre des démences Pick ou Alzheimer.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'opposer aux encéphaloses dégénératives avec atrophie cérébrale, de type Pick-Alzheimer, des cas tels que celui de notre malade où l'atrophie reconnaît une étiologie non pas dégénérative, mais infectieuse. C'est ici un cas

de démence atrophique post-infectieuse, sans qu'on ait pu identifier l'infection causale.

Discussion

M. Marchand. — Je crois qu'aucun psychiatre ne poserait le diagnostic de maladie de Pick chez ce sujet. Le diagnostic qui me paraît répondre aux constatations cliniques et humorales est celui de démence précoce encéphalitique. Comme je l'ai montré depuis longtemps, on doit distinguer deux sortes de démence précoce déterminée par des lésions cérébrales ayant une pathogénie différente : une forme constitutionnelle ou dégénérative rentrant dans le groupe des encéphaloses et une forme encéphalitique. Dans cette dernière, comme dans le cas actuel, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont d'autant plus fréquentes et importantes qu'on les recherche plus près du début de l'affection ; légère lymphocytose, précipitation du benjoin dans la zone méningitique, hyper-albuminose rare. Dans les formes dégénératives, le processus cérébral porte uniquement sur les éléments ganglionnaires et il peut être considéré comme résultant d'une dysgénésie des éléments psychiques en rapport soit avec une tare originelle des ascendants, soit avec un trouble du développement embryonnaire ou une altération cérébrale du jeune âge adultérant les éléments ganglionnaires cérébraux. Je regrette, ce qui prête à confusion, que certains auteurs aient également appelé « démence précoce encéphalitique » les formes mentales chroniques de l'encéphalite épidémique ; il s'agit là de deux états démentiels qui doivent être séparés tant aux points de vue neurologique, mental, humoral, qu'anatomo-pathologique.

M. G. Ferdière. — Je rapproche ce cas de celui que j'ai publié le mois dernier à la Société de médecine légale, cas d'une démence précoce *post-encéphalitique,* au sens de M. Marchand, survenue à la suite d'une encéphalite *vaccinale* avec confusion et hyperthermie. Pas un instant, en face des *itérations* je n'ai pensé au syndrome de Pick ; je les ai rangées sans difficultés dans les cadres de l'hébéphréno-catatonie, si bien préparés par M. Guiraud dans son étude des stéréotypies.

Un cas d'amnésie d'identité,

par MM. P. Scherrer et J. Leclerc.

L'observation que nous publions ci-dessous est constituée d'une part de notes médicales, d'autre part des fragments d'une auto-observation du malade que nous ne pouvons publier en entier par suite de l'espace limité qui nous est dévolu :

Observation. — Le 12 septembre 1944, un homme d'environ 30 ans était arrêté par un poste de garde et conduit au commissariat de police d'Auxerre. Il disait avoir perdu la mémoire et ne rien savoir de son identité. On était alors dans l'effervescence de la libération, on traquait partout agents allemands et « collaborateurs », et les dires de l'homme parurent fortement suspects. Après un long et vain interrogatoire on l'amena dans notre service.

Rien ne pouvait mettre les enquêteurs sur la voie ; l'homme ne portait aucune pièce d'identité, ses vêtements qui paraissaient neufs n'avaient aucune marque d'origine. Ils contenaient des objets courants : un couteau, un porte-cigarettes, une montre, un peu d'argent (500 fr.). Sur le corps amaigri, on remarqua la présence d'un tatouage sous le mamelon gauche : un cœur surmonté des initiales J. C. L'inconnu parut découvrir ce tatouage en même temps que nous et parut en ignorer complètement la signification.

L'individu se présentait comme un confus anxieux. Le cours des idées était ralenti, les mots venaient difficilement malgré les efforts certains que faisait le malade pour nous répondre. La recherche anxieuse était apparente dans l'expression angoissée du visage, la trémulation des lèvres et des extrémités, les questions qui revenaient sur les lèvres de l'homme : « Qui suis-je ? Qu'a-t-il pu m'arriver ? »

Le premier jour, le bilan des souvenirs et de la personnalité s'établissait ainsi : homme jeune, parlant le français sans accent, ayant des notions d'anglais et d'allemand, connaissant la dactylographie, un peu de comptabilité, capable de se repérer dans la région parisienne. Les seuls souvenirs remontaient aux trois derniers jours : « Je me suis réveillé, si j'ose dire, à Fontainebleau vers 6 h. 1/2. Je ne possédais plus les sentiments du lieu et du temps. Je demandai alors le nom du pays et la date à un homme qui passait. Tout d'abord je ne me rendis pas compte de ce qui m'arrivait. J'avais une petite difficulté d'élocution, qui se dissipa très vite, également pour mettre mes idées en ordre, et je ne le réalise que maintenant, comme quelqu'un sortant d'un long et pesant sommeil. Me croyant égaré j'errai quelque temps dans la ville cherchant un lieu connu. Alors j'eus conscience de ne plus me souvenir de ce que je faisais là, ni de mon nom et je sentais un vide absolu en cherchant à me rappeler des faits antérieurs à ces quelques minutes. Pris de peur et d'une inexprimable angoisse j'ai cherché mes papiers, mon portefeuille, je m'aperçus que je ne possédais plus rien. » Il décida alors de marcher pour essayer de trouver un endroit connu ou quelqu'un qui sût qui il était. Il marcha ainsi pendant trois jours, dormant la nuit au bord de la route ou dans une grange, il était « torturé par l'idée fixe de se ressouvenir de son nom, cela seul comptait ». A plusieurs reprises il toucha le fond du désespoir et pensa se suicider, à Pont-sur-Yonne en particulier, mais la présence de témoins l'en empêcha. Il fut arrêté, on le fit manger, puis le commissaire commença à l'interroger. Il réalisa net-

tement alors la gravité de sa situation. Rien ne permettait de l'identifier. Il aurait « préféré, à ce moment-là, se souvenir de quelque chose, même répréhensible, au risque des pires châtiments ». L'angoisse insensée le reprit et lorsque le commissaire, tentant un dernier essai, le menaça de « mort immédiate » s'il n'avouait pas, « il laissa s'accomplir un simulacre d'exécution sans songer à se défendre et sans juger de l'invraisemblance de la menace ».

La première nuit à l'hôpital psychiatrique fut insomnique. La confusion mentale s'estompa et très rapidement il se mit au courant des choses d'ordre journalier et de la situation dans laquelle le monde se trouvait en septembre 1944. En effet, si sa mémoire lui laissait quelques lueurs sur beaucoup de faits d'ordre général, le souvenir de nombreux détails lui manquait et il réussit à les réapprendre, à les regrouper grâce aux conversations qu'il entendait, aux journaux qu'il lisait. Mais pour ce qui était de sa question personnelle rien ne venait dissiper le brouillard qui l'entourait.

Les examens biologiques pratiqués furent négatifs. Urée sanguine : 0,15 ; Bordet-Wassermann du sang, négatif, liquide céphalo-rachidien normal. L'examen physique n'apportait aucune notion nouvelle, en particulier aucune trace de traumatisme ancien ou récent.

Notons à ce sujet que l'un de nous ayant fait obesrver en plaisantant au malade qu'il était le « Voyageur sans bagage », il répondit vivement qu'il n'était même pas semblable à ce personnage puisqu'il n'avait subi aucun traumatisme. Cette remarque dénotait qu'il avait vécu très vraisemblablement à Paris dans les années précédentes et se montrait curieux des spectacles ou tout au moins de la critique théâtrale.

L'anxiété persistait, diminuant progressivement pour laisser place à un état de tristesse légitime car l'inconnu, sachant les soupçons qui pesaient sur lui, se demandait s'il n'avait pas commis de faute grave, rien ne paraissant expliquer l'absence de toute pièce d'identité et de marque sur les vêtements : « des voleurs qui l'auraient dépouillé ne lui auraient pas laissé 500 fr. »

Un mois après l'entrée, il avait retrouvé la plupart de ses acquisitions mnésiques antérieures, sauf celles qui touchaient à son identité. Souvenirs personnels, familiaux, métier, rôle joué dans les événements politiques et militaires. Un seul souvenir d'enfance ; il se voyait à la campagne, âgé de 10 ans environ, roulé dans une brouette par un homme. Les associations d'idées ayant pour point de départ cette image de l'enfance ne donnèrent aucun résultat. Un essai d'exploration du subsconscient par une analyse grossière des rêves fut tenté sans plus de succès. Dans un de ces rêves, il se voyait dans un champ, au moment de la moisson, avec le même homme qui devait être son oncle et qui s'appelait Gabriel.

Nous pensâmes explorer le subsconscient en nous aidant de moyens chimiques : rectanol ou scopochloralose, mais les difficultés d'appro-

visionnement en médicaments à cette époque troublée ne nous le permirent pas.

On se contenta donc de converser de temps à autre avec le malade que l'on décida d'employer dans les bureaux de l'établissement. Il y gagna un équilibre mental meilleur, cessa de se considérer comme un individu taré et se livra à une introspection plus calme et plus systématique.

Du 15 octobre au 15 mars, des conversations et des lectures lui avaient permis de serrer de plus près sa personnalité oubliée.

1) Certitude d'avoir séjourné longtemps à Paris, à une époque récente : il parvenait à citer en particulier dans les quartiers centraux les rues avec leurs entre-croisements, à désigner les boutiques qui s'y trouvent mais sans se rappeler ni le visage ni le nom d'un commerçant. Les derniers livres parus, les derniers films et pièces de théâtre qui ont passé à Paris lui sont connus.

2) Instruction générale assez satisfaisante, notions commerciales et comptables assez poussées (mécanographie comptable). Connaissance de la contexture des tissus. Mais il ignore le nom des fabricants ou vendeurs de textiles. Il note toutefois que les quartiers de Paris qu'il connaît bien correspondent au siège de ce commerce, du Sentier à la Madeleine.

3) Il a été fantassin car il connaît : « mécaniquement, le maniement des armes d'infanterie : fusil, fusil-mitrailleur, mortier ». Il a fait la guerre. En lisant un livre de guerre, il revoit « visuellement, les mouvements de troupe sous le soleil... ». Il retrouve en particulier le souvenir d'un bombardement qu'il situe à Hirson, le souvenir d'un combat où il revoit les emplacements de tir creusés dans un champ, il entend la fusillade.

« Ce sont des visions décousues, entre lesquelles je ne puis établir aucun lien, aucun élément chronologique, écrit-il, je me vois entouré de soldats français, je suis moi-même en uniforme... Le soleil me fait mal aux yeux et la vision s'éteint. Tous ces souvenirs sont-ils réels, je me le demande quelquefois avec inquiétude, j'assiste en les recherchant, en les créant à nouveau comme à un dédoublement de moi-même, comme si une seconde personne qui serait en moi se transportait au lieu auquel je pense. »

4) Il a été prisonnier en Allemagne. D'autres souvenirs paraissent être des scènes de la captivité ; une colonne de soldats sans arme, épuisés, un train gardé par des soldats allemands, des civils jettent aux soldats entassés dans les wagons, du pain, du chocolat, une femme pleure. La lecture de périodiques ayant trait à l'Allemagne évoquent des souvenirs de Silésie qui lui paraissent vécus. Il reconnaît sur une photo l'Hôtel-de-Ville de Breslau. Les noms des villes lui semblent familiers. Il connait les productions agricoles de cette région. Il a l'impression d'avoir vécu là une vie paysanne dure et fatigante. Deux scènes sont très vivantes dans son souvenir ; une voi-

ture pleine de betteraves enlisée dans la boue, des charretiers qui jurent en allemand, polonais, en français, les chevaux déploient un effort prodigieux, les traits se rompent et les bêtes culbutent ; dans la neige un homme emmitouflé d'un pull-over jaune qui tombe plus bas que sa veste, les pieds dans des sacs à terre, un calot militaire juché sur un passe-montagne d'où n'émerge qu'une grosse pipe.

5) Enfin en regardant des photographies de la libération de Paris, il revoit une scène qui lui semble vécue : la barricade de la rue de Clichy, la place de la Trinité déserte. Le film commence à se dérouler, mais un voisin lui adresse la parole et tout s'efface. Autre tableau : le boulevard de la Madeleine avec l'ombre du feuillage des arbres sur le pavé, le quartier désert, des soldats allemands armés qui patrouillent.

Tous ses efforts portent vers la recherche de son identité, il est toujours inquiet de l'homme qu'il va découvrir un jour, une espèce de « remords, de regret indéfinissable le poursuit ». Il s'interroge sur ses idées politiques. Toutes les opinions lui paraissent recevables, discutables, il ne se passionne pour aucune. Le patriotisme même est une notion qui ne l'enflamme pas : «Cependant, écrit-il, sans nul doute, je suis français puisque je sens des affinités et des élans qui ne peuvent mentir. »

Le 15 avril 1945 les souvenirs reviennent en bloc, en quelques instants. Il était couché depuis peu de temps ce soir-là et se trouvait dans un demi-sommeil lorsqu'il lui semble que sa mère l'appelle : « Jean ». Il se réveille et il sait brusquement son nom, son état civil, sa vie familiale, et les conflits moraux graves qu'il a vécus.

Le lendemain il ne se confie à personne. Les jours qui suivent, il est triste, sombre, réticent, son attitude rappelle celle des premiers jours de l'hospitalisation. Le premier, un malade, son voisin de lit a remarqué cette transformation. Il nous la signale. Nous l'interrogeons. Il essaie d'éluder les questions, mais après des efforts répétés il finit par ne plus se défendre et se confie à nous.

Son père, un ancien colonial qui contracta, entre autres affections exotiques, la syphilis, quitta sa mère et n'eut jamais avec son fils que des relations espacées empreintes d'indifférence sinon d'animosité. Sa mère, pour laquelle il a une affection sans bornes, l'éleva avec une affection exclusive. Il fréquenta l'école jusqu'à 15 ans, puis suivit des cours commerciaux. Il fut employé chez un négociant en tissus dont il devint le secrétaire et qui le considéra bientôt comme son propre fils. Il y eut un certain mérite car le jeune homme était susceptible et instable (comme le confirme son ancien patron) et fit même à 17 ans une fugue de quelques jours (non amnésique) à la suite d'une contrariété.

En 1939, Jean fut mobilisé. Il fit la campagne, fut fait prisonnier, envoyé en Silésie où il passa plus de 2 ans. Au cours d'un accident il intervint courageusement et sauva la vie d'un Allemand. Il fut alors

libéré et il revint à Paris en février 1943. Avec le retour commença une période extrêmement pénible de son existence ; sa mère, dont l'équilibre mental était discutable, affichait des sentiments « collaborateurs » qui lui valaient l'hostilité déclarée de tous ses voisins. Le fils dont les opinions étaient bien différentes de celles de sa mère se trouva pris entre son amour filial très vif, ses opinions personnelles et le sentiment d'une pression sociale très hostile à sa mère. Ce sentiment d'indignité causé par l'attitude pro-allemande de la mère constitua chez le fils un complexe d'infériorité qui lui fit refuser de reprendre sa place chez son patron. Des scènes violentes éclatèrent entre la mère et le fils, aggravées par les menaces que proféraient les voisins. Plusieurs fois mère et fils projetèrent de se suicider ensemble. Enfin Jean chercha un dérivatif dans l'alcool.

C'est à ce moment qu'il présenta ce qu'il appelle des « syncopes ». A trois reprises, la nuit, alors qu'il se levait pour uriner il s'effondra brusquement. Il ne perdait pas entièrement connaissance, dit-il, mais il restait étendu et ne se sentait pas la force de se relever. Au bout de 10 minutes environ tout rentrait dans l'ordre. Lors de la dernière chute il se blessa au niveau de la région sus-orbitaire droite et nous retrouvons la cicatrice de la blessure.

Enfin vint l'époque de la libération de Paris. Jean avait quitté sa mère pour faire partie d'un mouvement de libération dont le P.C. se trouvait sur la place Clichy. Lorsque les événements devinrent décisifs, la mère et le fils se donnèrent un ultime rendez-vous dans des conditions mélodramatiques. Ils allèrent ensemble prier dans une église puis après des adieux pénibles se séparèrent en se promettant d'abréger leurs jours chacun de leur côté. C'était le dimanche 27 août 1944. Jean, ce jour-là, était, il s'en souvient, armé d'un pistolet. Il quitta sa mère et là s'arrêtent les souvenirs qui ne reprennent qu'au 9 septembre. Une amnésie lacunaire complète recouvre cette période de 12 jours.

L'enquête que nous fîmes vérifia les dires du malade et chose curieuse, nous apprîmes que la mère fut hospitalisée à Paris vers la même époque après un ictus avec hémiplégie droite et aphasie. D'après les derniers renseignements obtenus, elle était encore en vie mais très affaiblie intellectuellement et incapable de comprendre la situation.

La mère et le fils, dans ce conflit moral insoluble, avaient trouvé tous les deux un refuge dans la maladie : la mère dans un ictus évoluant vers la démence, le fils dans une amnésie partielle portant sur son identité et faisant disparaître tous ses souvenirs familiaux.

La période historique, toile de fond de ces drames familiaux, explique toutes les anomalies qui surprirent les enquêteurs et le malade lui-même ; comme résistant, il ne portait aucun papier d'identité, les vêtements provenant du marché « noir » étaient sans marque d'origine, le patron qui s'intéressait à lui le crut disparu dans un combat.

Les souvenirs retrouvés, la personnalité reprise le malade resta longtemps inquiet de l'avenir et effrayé de son « infirmité ». Nous nous efforçâmes d'exalter sa confiance en lui et de l'acclimater à sa nouvelle situation en lui faisant comprendre qu'il devait reprendre son rôle dans la vie sociale.

Quelque temps après il sortait de l'établissement. Nous avons pu le suivre depuis 8 mois environ et nous pouvons conclure que son comportement et ses réactions dénotent en lui un déséquilibre constitutionnel dont il avait déjà donné des preuves avant son amnésie. Il continue à se livrer à une introspection complaisante, au caractère « salavinesque » dans une recherche, obsédante, non plus maintenant de son identité, mais des bases mêmes de sa personnalité.

En résumé, il s'est agi chez un déséquilibré constitutionnel, fils de déséquilibrés, d'un épisode de confusion mentale qui a été suivi d'une amnésie partielle ne portant strictement que sur les éléments susceptibles de dévoiler l'identité de l'individu. En dehors du pittoresque de l'observation, de tels syndromes sont assez rares pour légitimer leur publication.

Nous avions éliminé très vite la simulation en raison de l'anxiété. L'évolution ultérieure nous a confirmé dans notre opinion. L'étiologie du syndrome reste discutable : on peut parler de confusion, puis d'amnésie émotive, et l'on est tout près du diagnostic d'hystérie qui ne nous paraît pas satisfaisant. Les « syncopes » présentées par le sujet au moment où il cherchait un dérivatif dans l'alcool nous ont fait envisager l'hypothèse d'une épilepsie fruste. Le test au cardiazol que nous avons pratiqué (2 cc. pour un poids de 66 kg.) s'est montré très positif, aussi ne sommes-nous pas éloignés d'incriminer la comitialité.

Discussion

M. Marchand. — L'hypothèse de comitialité soulevée ici me paraît très soutenable. Il s'agit d'un déséquilibré qui a présenté une fugue, des absences et des crises avec perte de conscience et blessure au cours de la chute. Il est plus difficile d'expliquer la longue durée de l'amnésie portant sur son identité. Je me demande si les excès éthyliques surajoutés à la comitialité n'ont pas alors joué un rôle important. Les amnésies lacunaires causées par l'ictus épileptique ne portent généralement que sur une courte période. Je viens d'observer un rapatrié qui, ramené en avion d'Allemagne, a pu donner à sa famille tous les détails portant sur son voyage de retour. Le lendemain de son arrivée, il eut une crise épileptique et après celle-ci il a perdu tous les souvenirs portant sur son rapatriement. Cette amnésie lacunaire est restée sans changement dans la suite.

M. Collet. — Le cas très intéressant qui nous est rapporté rappelle les nombreux cas d'amnésie rétro-antérograde qu'observèrent, pendant la guerre 1914-1918, les médecins des Centres de neuro-psychiatrie de l'armée. Les malades étaient des nerveux, des prédisposés, qui avaient subi une commotion par explosion d'obus et perdu connaissance, mais n'avaient été atteints par aucun projectile, et ne portaient aucune trace apparente de traumatisme. Le malade de M. Scherrer a participé aux combats de la libération de Paris. N'est-il pas permis de supposer qu'une commotion a été à l'origine des troubles mnésiques qu'il a présentés ?

M. G. Ferdière. — Parmi les amnésies lacunaires en relation avec des mécanismes affectifs, il y a les innombrables cas des psychopathes qui *oublient* très sincèrement leurs épisodes aigus et leurs internements et qu'a si bien étudié M. Muller à propos des mécanismes de guérison de la schizophrénie.

M. Scherrer. — On pourrait se demander, comme on nous le faisait observer, quelle fut la réaction du malade lorsqu'il prit conscience qu'il n'avait pas tenu parole en ne s'étant pas suicidé.

En fait, nous avons eu l'impression que la maladie avait liquidé une partie importante du complexe antérieur. Nous fûmes même frappés de l'indifférence relative que manifesta le malade à l'égard de la maladie de sa mère. Il se montra très réceptif à la psychothérapie dirigée dans ce sens.

M. Collet posait la question de la commotion par éclatement d'obus. Cette hypothèse ne peut être écartée d'une façon formelle, toutefois nous la croyons peu valable car le corps de l'amnésique ne portait aucune ecchymose et pas davantage de blessure, même très superficielle. Enfin ses vêtements étaient en parfait état, toutes choses que l'on trouve rarement chez un homme qui a été projeté violemment par un obus.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 7 février 1946

Présidence : M. SCHAEFFER, président

Sur le traitement des abcès du cerveau, par M. P. Puech.

M. P. Puech a traité 38 abcès par l'intervention seule avec 19 décès et 19 guérisons. 2 abcès traités par la pénicilline seule se sont terminés par la mort et dans un de ces cas, l'opération aurait sans doute sauvé le malade. 13 abcès traités par l'intervention et la pénicilline ont donné 11 guérisons.

L'intervention consiste parfois en une simple ponction et, d'une façon générale, il y a lieu de la réduire au minimum. Après ponction, il est important de ne pas laisser dans la cavité de l'air qui, en se dilatant, donne de l'hypertension ; il faut refaire une radio après la ponction et, au besoin, soustraire l'air.

Tumeur temporale à symptomatologie mentale pure, par MM. A. Fribourg-Blanc et A. Charlin.

Observation d'un rapatrié ayant présenté de la logorrhée, une certaine fuite des idées, une euphorie un peu niaise et des troubles de l'affectivité. Il était lucide, bien orienté, ses réponses adaptées, le fond mental conservé. L'examen neurologique, celui du fond d'œil, la ponction lombaire n'ont pas montré d'anomalie. L'autopsie a révélé un gliome de la pointe du lobe temporal.

Abcès du cervelet traité par extirpation et pénicilline, par MM. Le Beau et G. Guiot.

Les auteurs rappellent qu'avec la pénicilline on peut se comporter, vis-à-vis des abcès du cerveau mal ou non encapsulés, comme on le ferait vis-

à-vis d'une tumeur aseptique. Ils rapportent un cas d'abcès multiples non encapsulés du cervelet traités avec succès par le morcellement qui a épargné à la protubérance tout traumatisme. La pénicilline a permis de procéder ainsi, en rendant négligeable le risque d'ensemencement méningé.

Hérédo-ataxie cérébelleuse avec syndrome de Parinaud, par MM. Grossiord et Godlewsky.

Présentation d'une femme de 50 ans ayant depuis l'âge de 30 ans des troubles de l'équilibre, qui ont rendu peu à peu la marche impossible. L'existence de signes pyramidaux importants, l'évolution, le caractère familial imposent le diagnostic de maladie de Pierre Marie. A noter chez cette malade un syndrome de Parinaud, très rarement observé dans cette affection.

Neuroglioblastome du cervelet évoluant depuis 5 ans chez un adulte après une première exérèse ; récidive locale 3 ans plus tard ; terminaison par généralisation ganglionnaire et osseuse, par MM. L. Cornil, Paillas, H. Gastaud et Duplay.

Méningiome parasagittal avec thrombose du sinus longitudinal supérieur s'étant révélé 5 ans avant l'operation par un ictus hémiplégique pseudo-vasculaire, par MM. Paillas, Gallais, Boudouresques et Mme Bourdoncle.

Méningite séreuse antérieure à symptomatologie trompeuse, par MM. Woringer, E. Klein et Schneider.

Observation d'un enfant présentant un état septique en apparence consécutif à une rougeole, avec crises postérieures typiques. On envisagea la possibilité d'une tumeur postérieure, mais la ventriculographie montra qu'il s'agissait d'une méningite séreuse antérieure. L'intervention mit en évidence un « cerveau en gelée » ; après quatre mois, l'enfant n'a plus comme séquelles que de rares absences.

Le réflexe cornéo ptérygoïdien : le phénomène de la diduction lente du maxillaire, par M. G. Guiot.

Ce réflexe consiste dans un mouvement de diduction du maxillaire du côté opposé à la cornée qui a subi une excitation plus forte que celle qui sert à la recherche du réflexe cornéen. Fréquent, il indique l'atteinte du tronc cérébral, pédonculaire lorsque la diduction est associée à la propulsion, protubérantielle lorsque la diduction est pure. Sans valeur pronostique grave lorsque le mouvement est vif et brusque, il est presque un arrêt de mort lorsqu'il est retardé, lent, ample et soutenu.

Persistance prolongée des réflexes tendineux au cours d'un grand tabès ataxique, par MM. L. Rouquès et Pautrat.

Observation d'un syphilitique atteint depuis 1931 de gros troubles ataxiques, de douleurs fulgurantes et d'impuissance. L'examen montre une ataxie

typique avec signe de Romberg, hypotonie des membres inférieurs, troubles de la sensibilité prédominant sur la sensibilité vibratoire, signe d'Argyll. La conservation de tous les réflexes a été notée de 1941 à 1945. Depuis quelques semaines, malgré un traitement bismuthique, les péronéo-fémoraux postérieurs ont disparu. Les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel de ce cas, où il ne s'agit ni d'un tabès au début, ni d'un tabès limité au cône terminal.

Maladie de Kahler révélée par une compression médullaire,
par M. Dereux (Lille).

Observation d'un myélome vertébral solitaire révélé par une compression médullaire. La tumeur vertébrale fut enlevée par laminectomie et sa nature reconnue : récupération parfaite. Quelques mois plus tard, récidive avec généralisation (cellules plasmocytaires dans la moelle sternale, lacunes multiples dans tous les os). L'auteur discute la conduite à tenir dans le myélome vertébral avec compression de la moelle.

Paralysie sciatique consécutive à une injection de bismuth,
par MM. Th. Alajouanine et Houdard.

Présentation d'un malade qui ressentit après une injection intra-fessière de bismuth des douleurs vives dans la fesse. Au bout de dix minutes, la paralysie fit son apparition. Les douleurs cessèrent après 48 heures mais une causalgie de la jambe et du pied s'installa quelques jours plus tard. L'examen montre une sciatique paralysante avec pied ballant et un minimum de troubles de la sensibilité objective. On note au niveau de la fesse les lésions cutanées de l'embolie artérielle.

Hernie discale récidivante, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Sur 300 opérés pour lombosciatique par hernie discale, 3 récidives ont nécessité une réintervention. La radicotomie postérieure est une précaution utile mais la racine motrice peut avoir à souffrir de la hernie. L'essentiel est de chercher à se prémunir contre la récidive en détruisant toutes les parties du disque susceptibles d'être expulsées dans le canal rachidien.

Hernie discale de la région cervicale,
Par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Deux cas de hernie discale cervicale qui en imposaient, l'une pour une sclérose latérale amyotrophique, l'autre pour une sclérose en plaques. Le diagnostic doit être précoce pour éviter des désordres médullaires irréparables et fait alors que la symptomatologie ne comporte que des algies cervico-brachiales.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

A quoi sert le système nerveux sympathique, par le professeur J. Euzière (*Languedoc médical*, mai-juin 1945).

Quand on a lu le texte de cette « causerie radiodiffusée » prononcée à la station de Montpellier-Languedoc par le doyen Euzière, la première impression est celle du regret que tout ce que l'on entend aux émissions de la radiodiffusion ne soit pas de la même qualité. Le jour où l'on se déciderait à éloigner du micro les professionnels du verbiage, les enquêteurs dont le seul souci semble être d'empêcher d'entendre (et pour se substituer à elle), la personnalité qu'ils sont chargés d'interroger, quelques « m'as-tu entendu » dont la voix trébuchante, les bavardages prétentieux et sans intérêt, les approbations inattendues, engagent immédiatement à tourner le bouton du poste, ce jour-là (viendra-t-il jamais?) il pourrait être fait appel à des gens de professions ou d'aptitudes diverses, connaissant ce dont ils parlent, pour de courtes causeries, en langage simple et direct mais cette fois correct, sans affectation ni grandiloquence, sans intermédiaire donc sans vulgarité et sans interruptions déplacées ou niaises.

Et ce jour-là, ce jour qui paraît encore si lointain où la radiodiffusion, débarrassée d'insanités larmoyantes et sans esprit, remplira son rôle qui est de distraire assurément mais aussi d'éduquer les auditeurs et de former leur goût, il pourra, il devra être pris modèle sur l'exquise causerie du professeur Euzière : « A quoi sert le système nerveux sympathique ». Il n'est pas possible, en effet, d'exposer plus clairement, plus simplement, à un public non préparé, une question aussi complexe que celle du système sympathique. Redressant d'abord des erreurs si courantes qu'il n'est de jour qu'on les entende dans la conversation, situant le sens des mots à propos des divers exemples, n'employant que le langage courant sans rien abandonner pour cela de la pureté de la langue ni de la vérité scientifique, le doyen Euzière a su, en huit pages, condenser l'essentiel, montrer à ses auditeurs le rôle immense joué par le système sympathique, faire comprendre à tous que, de la plus humble à la plus élevée, il coopère à toutes les fonctions de l'organisme. Non seulement, dit-il en conclusion,

le système sympathique nous fait vivre, mais il règle notre humeur et intervient ainsi dans la constitution de notre personnalité.

Le professeur Euzière a une fois de plus démontré que, bien maniée, « notre langue est apte à tout exprimer, même en médecine ». Mais il faut pour cela la bien connaître et savoir s'en servir.

René CHARPENTIER.

Les manifestations nerveuses du déséquilibre alimentaire, par Guy LAROCHE, professeur à la Faculté de médecine de Paris et J. TRÉMOLIÈRES, interne des hôpitaux (*Diagnostics et Traitements*, tome III, numéro spécial n° 13, 1944).

C'est sous deux aspects principaux que le professeur Guy Laroche et M. J. Trémolières classent les manifestations nerveuses du déséquilibre alimentaire : manifestations cliniquement apparentes (polynévrites de carence, polymorphes) et formes cliniquement inapparentes (modifications chronaxiques accompagnant l'amaigrissement et l'asthénie avec parfois douleurs dans les membres inférieurs, élévation chez les grands amaigris de l'indice vestibulaire de façon inversement proportionnelle à la perte de poids). A noter également les atteintes du système nerveux autonome, syndrome d'hypertonie vagale et d'atonie sympathique avec hypotension et bradycardie tenace et constante.

Les apports nouveaux de la pathologie de carence dans le domaine neurologique montrent la complexité des carences qui sont à l'origine et la sensibilité du système nerveux dès que sa nutrition n'est plus suffisante, fait que traduisent les modifications chronaxiques. L'efficacité du lait, dans la thérapeutique de ces troubles, est manifeste.

R. C.

Refoulement ou désinhibition, par L. SCHWARTZ, de Bâle (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, f. 1-2, 1944).

M. Pierre Janet considère que le refoulement n'existe que chez les hystériques ; il peut exister parfois chez les psychasthéniques, mais jamais chez les individus normaux. Pour l'interprétation d'un grand nombre de symptômes névropathiques et psychopathiques, il se sert de l'hypothèse de la desinhibition ; il s'agit dans ces cas d'un affaiblissement des phénomènes supérieurs de l'esprit, qui conditionne une exagération des fonctions inférieures. Il est intéressant de constater qu'un grand nombre de neurologistes se servent de la même hypothèse pour expliquer des phénomènes physiques ou psychologiques (rôle du corps strié, intoxications diverses).

O. FOREL.

Associations de manifestations d'hystérie et d'une syphilis cérébrale, par L. RIMBAUD, H. SERRE, P. PASSOUANT et H. SOUCHON (*Montpellier médical*, nov.-déc. 1944).

Observation d'un homme de 51 ans, atteint d'encéphalite syphilitique et qui présenta une hémi-anesthésie hystérique, versée par les auteurs au débat physio-pathologique concernant l'hystérie. La syphilis cérébrale aurait,

dans ce cas, entraîné en plus des lésions organiques, une certaine labilité corticale responsable de la libération de l'automatisme sous-cortical. Cette conception de l'hystérie par une libération sous-corticale s'appuie sur les examens électro-encéphalographiques (J. Titeca). Les auteurs concluent qu'on ne saurait considérer l'hystérie comme une simple expression de la suggestibilité mais bien comme un syndrome ayant une base fonctionnelle répondant à la dissociation des deux psychismes, supérieur ou cortical et inférieur ou diencéphalique selon la formule même de Grasset.

R. C.

A propos des dermatoses hystériques, par Cl. SIMON (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 11 janvier 1945).

M. Cl. Simon expose l'évolution des idées au sujet des dermatoses hystériques, acceptées par Charcot, niées par Babinski, et de nouveau à l'ordre du jour. L'auteur estime qu'il est possible d'accepter la réalité de ces dermatoses et d'en esquisser la pathogénie qui se rattache à la pathologie du diencéphale.

R. C.

Le test « pitressine-eau » dans le diagnostic de l'épilepsie, par M. SCHACHTER, de Marseille (*Diagnostics et Traitements*, tome IV, nº 4, 1945-1946).

Ce test, utilisé par les Anglo-Saxons pour le diagnostic rapide de l'épilepsie, consiste en l'administration de 2 heures en 2 heures, dans des conditions déterminées, d'injections d'hormone rétro-pituitaire combinées avec l'ingestion au même moment de 300 cm³ d'eau. On peut aller jusqu'à 10 injections, mais, généralement, la crise épileptique cherchée arrive bien avant ce chiffre. Dès la première crise, on arrête l'expérience.

Ce test-diagnostic, d'exécution facile, ne nécessitant ni l'installation ni l'apprentissage de l'électro-encéphalographie, a donné des résultats intéressants. Il paraît indiqué chaque fois qu'il s'agit d'un diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie, quand il s'agit de contrôler si une « épilepsie » invoquée par le sujet est réelle, pour mettre en évidence une épilepsie ignorée du malade, pour dépister une tentative de simulation ou en présence de la nécessité d'un diagnostic urgent (questions médico-légales ou militaires, par exemple). Sauf un cas de mort avec état de mal signalé en Allemagne, il n'a été relaté ni accidents graves ni malaises importants.

C'est la perturbation dans le métabolisme hydrique due à la rétention homogène d'eau (rôle anti-diurétique de la pitressine) qui amène vraisemblablement, et surtout chez les épileptiques, des modifications dans la pression osmotique des protéines sériques et favorise ainsi l'apparition des crises.

René CHARPENTIER.

Deux cas d'encéphalite paratyphoïdique, par J. CHAPTAL (*Montpellier médical*, nov.-déc. 1944).

A propos de deux nouveaux cas personnels d'encéphalite typhoïdique chez des enfants de 5 et 6 ans, M. J. Chaptal fait remarquer à nouveau la parti-

culière fréquence de la complication encéphalitique au cours de la fièvre typhoïde de l'enfant. Dans les deux cas, le germe responsable fut le paratyphique B (habituellement il s'agit du bacille d'Eberth) et l'encéphalite fut contemporaine à une reprise septicémique, à une rechute. M. Janbon a déjà attiré l'attention sur la constance de l'apparition de l'encéphalite typhoïdique dans les premiers jours de l'ascension thermique, qu'il s'agisse du début de la maladie ou d'une reprise fébrile (rechute ou recrudescence).

R. C.

Formes cachectisantes de l'encéphalite typhoïdique, par M. Janbon, J. Chaptal, P. Cazal et G. Vallat (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 mai 1944. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

A propos de deux observations d'encéphalite typhoïdique terminées par la mort, les auteurs insistent sur l'amaigrissement quasi-squelettique, l'adynamie, les troubles trophiques, l'instabilité thermique, les troubles de la tonicité vasculaire, les troubles vaso-moteurs et sudoraux, les œdèmes, l'incontinence des sphincters ainsi que sur l'association variable de troubles psychiques et d'hypertonie extra-pyramidale.

Dans l'un de ces deux cas, l'examen histo-pathologique a montré l'existence de lésions nettement prédominantes dans le diencéphale : infundibulo-tuber et parois du IIIe ventricule.

R. C.

La forme cachectisante curable de l'encéphalite mélitococcique et les cachexies mélitococciques, par G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts, Mlle G. Bonnefont et H. Latour (*Montpellier médical*, nov.-déc. 1944).

Observation, chez un homme de 28 ans, d'une encéphalite mélitococcique à forme aiguë diffuse, à séméiologie surtout extra-pyramidale, à évolution cachectisante très lente, avec escarres et abcès multiples, terminée après plus de six mois par une guérison à peu près complète. Il semble y avoir une liaison étroite entre le syndrome cachectique et l'atteinte de la région infundibulaire, sans exclure cependant la possibilité d'autres mécanismes.

R. C.

Méningo-encéphalite après vaccination anti-amarile, par M. Kaplan et A.-C. Gluck (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 oct. 1945).

Observation d'une fillette qui, 11 jours après une vaccination anti-amarile par scarification d'un vaccin neurotrope provenant du cerveau de souris, a présenté un syndrome de méningo-encéphalite avec état subcomateux prolongé, crise convulsive, hypercytose rachidienne à mononucléaires. Après plusieurs jours où l'état fut très grave, la guérison complète survint brusquement. La filiation clinique entre la vaccination et les accidents encéphalo-méningés ne paraît pas contestable. Un tel fait conduit les auteurs à préconiser la vaccination anti-amarile par virus de culture réactivé.

R. C.

Quatre cas d'encéphalite de la coqueluche, par J. Chaptal (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 fév. 1944. *Montpellier médical*, mai-juin 1944).

A propos de quatre cas personnels, M. J. Chaptal rappelle la prédominance dans l'encéphalite de la coqueluche de l'encéphalite convulsivante sur les autres formes psychiques, motrices, paralytiques et sous-corticales. L'un de ces cas se rapporte à une encéphalite psychosique compliquée de crises convulsives chez une fillette de 4 ans qui guérit sans séquelles. Les statistiques les plus favorables concernant les complications encéphalitiques de la coqueluche indiquent une mortalité de 50 %, avec 50 % de séquelles graves, motrices ou psychiques pour les survivants. C'est donc une complication très grave de la coqueluche dont la pathogénie, bien mise en lumière par les auteurs belges (Dagnélie, Dubois, Ley, Meunier, L. van Bogaert), est due à l'action sur les centres nerveux de l'endotoxine diffusée des germes de la coqueluche.

Par son origine comme par sa gravité, l'encéphalite de la coqueluche mérite donc une place à part parmi les complications encéphalitiques des maladies infectieuses de l'enfance.

René Charpentier.

Coma prolongé au cours d'une intoxication oxycarbonée, par L. Rimbaud. H. Serre, P. Passouant et H. Souchon (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 mai 1944. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

Observation d'intoxication accidentelle par le gaz d'éclairage d'une femme de 49 ans : coma profond d'emblée terminé par la mort le vingtième jour et qui présente deux phases, une phase de coma proprement dit, puis une seconde phase de stupeur catatonique interprétée par les auteurs comme secondaire à une encéphalose oxycarbonée. Lésions anatomiques peu importantes par rapport à la longue évolution du coma. Les auteurs montrent la distinction qu'il faut faire entre le coma anoxhémique proprement dit et l'encéphalose, et soulignent le neurotropisme de l'oxyde de carbone qui est à la base des nombreuses complications neurologiques de l'intoxication oxycarbonée.

R. C.

Sept observations d'intoxication d'atelier par le bromure de méthyle, par Léon Michaux, A. Courchet et G. Lechevallier (*Revue neurologique*, sept.-oct. 1944).

A propos de 7 observations de malades ayant subi une intoxication commune, les auteurs montrent les caractères communs qui soulignent l'affinité du bromure de méthyle pour la région du pédoncule cérébelleux supérieur. Les différences observées entre les 7 observations, qui tiennent à une diffusion plus ou moins large des lésions et à des modalités évolutives différentes, leur semblent expliquées par le disparate des circonstances étiologiques, toutes les ouvrières n'ayant pas été exposées pendant un temps égal à l'intoxication. Troubles cérébelleux, troubles labyrinthiques, crises épileptiques, mouvements involontaires, tremblements, signes d'atteinte pyra-

midale, troubles sensitifs, troubles psychiques sont notés dans le tableau clinique. Les troubles psychiques que l'on observe dès la phase prodromique dominent parfois, à une phase plus tardive, le tableau clinique (états confuso-oniriques, anxiété pantophobique, dépression mélancolique). Dans tous les cas où il a pu être examiné, le liquide céphalo-rachidien a été trouvé normal. Au point de vue médico-légal, les auteurs insistent sur la gravité de séquelles organiques éventuelles et sur la possibilité, assurément exceptionnelle mais qu'il faut connaître, de troubles évolutifs apparaissant plusieurs mois après l'intoxication.

R. C.

PSYCHOLOGIE

L'espérance, par René Lacroze (*Revue philosophique*, juillet-sept. 1944).

L'espérance est la conscience d'une disproportion entre ce que l'on est et ce que l'on pourrait être, une impatience à l'égard de la vie, une aspiration vers un plus être pour l'instant refusé. Elle mesure l'écart entre l'être et le possible, entraînant à la fois une dévaluation du présent et une valorisation de l'avenir. Elle est donc l'attente, dans un avenir indéterminé, d'un achèvement, d'un épanouissement, dont on porte en soi la promesse.

L'homme est placé dans une situation contradictoire : obligé de vivre dans le présent et ne pouvant s'en satisfaire, assujetti au temps et contraint de le « survoler » (Delacroix) pour entendre les événements qui le remplissent. Une vision panoramique de la durée lui est nécessaire pour échapper à un cheminement obscur. Devant le temps qui s'écoule, il n'y a que trois attitudes : s'enfermer dans l'instant, se réfugier dans le passé ou se tourner vers l'avenir, c'est-à-dire trois conceptions différentes de l'existence, trois philosophies. De ces trois positions possibles devant le temps, philosophie de l'instant, philosophie de l'histoire, philosophie prophétique, seule la dernière qui élève l'homme au-dessus de l'immédiat fait sa part à la spiritualité : c'est la seule qui rende notre condition acceptable, elle nous apporte l'espérance.

L'espérance est une attente et la véritable espérance est une *attente indéterminée*. Espérer n'est pas désirer ceci ou cela, c'est faire confiance à la vie, croire en un avenir meilleur, d'autant plus beau qu'on l'aura mieux mérité. L'espérance enveloppe une conception nouvelle de la vie, elle réconcilie avec la vie. Elle est le ressort de l'action parce qu'elle implique une certaine confiance en soi, fait naître le désir du changement et est un appel à une justice supérieure. Pour un individu comme pour un peuple, elle est le premier pas dans la voie du relèvement. Elle ne peut, d'ailleurs, demeurer individuelle, il est dans sa nature de se promouvoir sur le plan national et social.

René Charpentier.

Sur la nature du rire, par Jean Stoetzel (*Revue philosophique*, juillet-sept. 1944).

Note esquissant une théorie de la nature du rire qui permet d'envisager des applications pratiques de l'étude expérimentale du risible.

Le rire est l'émotion accompagnant l'expérience d'une valeur nulle. Il peut, comme toutes les émotions, comporter une infinité de nuances (rire du comique, rire de la bonne humeur, rire du ridicule, rire de soulagement, rires prétendus : rire jaune, rire de bienveillance ou de conciliation, rire de méchanceté, rire de complicité), etc. De même, il existe autant de catégories de risible que de catégories de valeurs, valeurs biologiques, économiques, sociales, intellectuelles et logiques, morales et religieuses, et on ne rit que de ce qui peut prendre une valeur. Certaines valeurs cependant sont à l'abri du rire : si l'on rit de Dieu, du Bien, de la Patrie, de la Famille, c'est que dans l'individu ou la société, les valeurs spirituelles sont profondément atteintes.

Aussi l'étude de ce dont on rit et de ce dont on ne rit pas peut-elle fournir en psychologie sociale un test indirect très sensible et très fidèle de l'état des valeurs dans l'individu et la société.

R. C.

De l'existence du poétique, par J. Gebser, d'Ascona (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 3, 1944).

L'auteur essaie d'élucider la question de l'existence du poétique, non pas du point de vue esthétique, mais du point de vue des phénomènes psychologiques profonds. Il retient trois notions : l'intuition (phénomène inconscient spirituel symbolisé dans l'Antiquité par l'eau et la muse), la contrainte imposée par la forme, principe créateur, et enfin l'inspiration, phénomène conscient spirituel (qui ne serait apparu que dans la période romantique). Dans l'Antiquité, les poètes étaient inspirés par des esprits (Homère, Platon, Le Dante). De nos jours, l'esprit lui-même s'exprime d'une manière immédiate (Hoelderlin, Mallarmé, T.-S. Eliot). L'auteur donne de nombreux exemples.

O. Forel.

Les aspects intuitifs de l'activité mathématique, par Georges Bouligand (*Revue philosophique*, juillet-sept. 1944).

Bien que ses progrès s'orientent dans l'ensemble vers l'algébrisme, la pensée mathématique revêt au cours de l'histoire un aspect oscillant, animée tantôt par des vues intuitives, tantôt par un souci de perfectionnement des mécanismes opératoires. Intervenant pour révéler la structure des théories déductives, l'intuition est indispensable à l'axiomaticien pour dégager les prémisses, parfois cachées, étayant les fondements de ces théories. A côté de l'*intuition immédiate,* procédant directement du souvenir d'objets concrets, l'*intuition prolongée,* plus subtile, s'applique à faire jaillir une affiliation de problèmes au premier abord distants ou même de catégories d'objets de nature différente, sous le nom de *contre-intuition.* M. G. Bouligand désigne un genre d'intuition spécial procédant de l'esprit critique. Développant le goût d'études comparées à partir de systèmes dont les prémisses diffèrent, la *conception axiomatique* a constitué dans l'histoire une étape d'importance égale à celle de la conception synthétiste des mathématiques au XVIIe siècle. L'étude intuitive des *ensembles* s'amorce par l'examen de propriétés indépendantes de la nature de leurs éléments (*propriétés formelles*). Les opérations formelles sur les ensembles déterminent entre leurs propriétés caractéristi-

ques respectives un système de liaisons appelé le *calcul des propositions* (on pourrait aussi bien le nommer calcul des concepts), qui s'allie au calcul des relations pour atteindre la *formalisation des mathématiques*, laquelle en exprime les raisonnements et aboutissants d'après des règles permanentes et au moyen d'un minimum de symboles.

Un large champ de recherches subsiste, mais le rôle de l'intuition à toutes les étapes de l'activité automatique paraît hors de doute.

R. C.

Le rôle de l'incertitude dans la science et dans l'action, par Pierre Daure (*Revue philosophique*, oct.-déc. 1944).

L'orientation donnée à notre éducation et l'influence de notre culture ont créé l'obligation intellectuelle et morale de se fonder sur des faits, de se décider en connaissance de cause, de n'entreprendre qu'en pleine sécurité. C'est la conviction de l'absolu déterminisme de l'Univers qui est à l'origine des habitudes morales et intellectuelles de notre élite. Aussi convient-il de réviser la conception déterministe, dans le domaine scientifique d'abord, puis dans celui de l'action.

Quatre siècles d'efforts tendus vers l'interprétation causale du monde n'ont, d'ailleurs, pas sensiblement réduit le domaine de la fortuité. Si nous avons développé notre capacité de prévision, l'ensemble des faits interprétés par des doctrines fondées sur l'indétermination s'est également accru. L'état actuel de la science autorise à se fonder sur l'existence et le maintien d'une large incertitude de l'Univers. Dans ces conditions, les critères de la vie sont les victoires du finalisme ou de la volonté sur les obstacles que l'incertitude a rendus imprévisibles. Pour être efficace, l'action véritable doit être entreprise par un chef qui sait s'engager et voir, pénétré de la seule nécessité d'agir à temps. Le but que le déterminisme impose à notre activité est opposé à notre idéal inné de la vie. Nos doctrines directrices devront comporter une figuration du monde dans laquelle les enchaînements déterministes seront exceptionnels et dont la toile de fond évoquera le mystère de l'incertitude. C'est devant cet aspect de l'univers que s'élèveront les âmes combatives capables d'assez d'audace intellectuelle et morale pour atteindre la grandeur. Ainsi, conclut M. Pierre Daure, la pensée française se libérera des entraves du déterminisme.

R. C.

Propriétés fondamentales de l'intelligence, par R. Meili, de Winterthur (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc. 4, 1944).

Pour définir qualitativement l'intelligence d'une personne, ou un acte intellectuel particulier, on se sert actuellement d'une foule de notions disparates, le plus souvent mal définies. L'auteur propose, à la suite des « factoristes » anglo-américains, de définir les qualités fondamentales de l'intelligence. Il présente dans ce travail les résultats de ses recherches et de ses analyses statistiques à l'aide de la méthode de Thurstone. Il dégage quatre qualités fondamentales : 1° la « complexité », c'est-à-dire le facteur qui détermine le degré de complexité que les structures intellectuelles d'une personne peuvent atteindre dans des conditions données ; 2° la « plasticité », qui détermine la facilité avec laquelle une personne arrive à trans-

former une structure donnée ; 3° la « globalisation », qui correspond à l'aspect intuitif de la pensée, à la vision immédiate et globale des rapports entre différentes données ; 4° la « fluidité », qui détermine la facilité avec laquelle la pensée peut passer d'un sujet à l'autre et qui se manifeste par exemple dans la richesse d'idées et dans la mobilité de l'esprit. Ces qualités ne sont pas des capacités isolées ; elles sont des aspects solidaires de l'intelligence et interviennent toujours simultanément, mais à des degrés différents, dans chaque acte intellectuel.

O. Forel.

Recherches expérimentales de psychologie infantile à l'Institut des sciences de l'éducation de Genève, par Bärbel-Inhelder, de Genève (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 2, 1944).

Les recherches expérimentales en psychologie infantile, faites à l'Institut des sciences de l'éducation, de Genève, sont centrées sur l'étude génétique de quelques notions essentielles de la pensée, telles que : espace, temps, vitesse, nombre et quantités physiques. Dans un exposé des travaux en cours, l'auteur montre comment, en s'inspirant de l'activité spontanée de l'enfant, on parvient à analyser les procédés perceptivo-moteurs et intellectuels qui conduisent à l'opération de mesure et à observer entre autres l'évolution des notions d'ordre, de distance et de dimension sur lesquelles repose la construction rationnelle de l'espace.

O. Forel.

Réactions de défense du nouveau-né au monde palpable primitif, par F. Stirnimann, de Lucerne (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 4, 1944).

Si nous examinons le cœur d'un nouveau-né, l'enfant cherche à nous en empêcher, soit en repoussant le stéthoscope, soit en se débattant. Plus tard, cette réaction cesse, mais après la première année, l'enfant cherche de nouveau à nous résister. L'auteur appuie les idées de Portmann sur le développement de l'enfant en deux étapes au cours de la première année, et soutient la thèse de l'existence d'un « schéma corporel » avant l'expérience personnelle.

O. Forel.

Les formes d'apparition du langage et leur emploi dans l'instruction des sourds-muets, par E. Bieri, de Munchenbuchsee, Berne (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 1, 1944).

Sur la base des travaux de K. Brankmann, Jena et G. Barczi, de Budapest, l'auteur décrit les formes d'apparition du langage comme étant cinesthésiquement concevables, audibles, visibles et palpables. L'union étroite et la coordination complète entre la forme primaire du mouvement et la forme auditive est de la plus grande importance pour l'évolution du langage. Ainsi, le contrôle de son propre langage devient possible. La forme auditive est la forme de contrôle et le guide de la forme primaire du mouvement du langage. Lorsque l'ouïe fait complètement défaut, la forme palpable est celle qui la remplace le mieux.

O. Forel.

Impulsion et instinct, par Rud. SUTER, de Bâle (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 3, 1944).

Définition des termes allemands « Trieb » (pulsions instinctives) et « Instinkt » (instinct). Dans la langue allemande actuelle, ces deux mots désignent des forces qui agissent plus ou moins indépendamment de la volonté des êtres. La pulsion, « Trieb », se sert des divers instincts pour se manifester. Dans l'ancien allemand, le mot « Trieb » existait déjà et désignait la pulsion extérieure ou intérieure. L'acception physique du terme était cependant d'un usage plus répandu que de nos jours. Au XVIII[e] siècle, il était employé en psychologie comme traduction du latin « instinctus », tandis que ce dernier vocable pénétrait dans la langue littéraire. Il apparaît imprimé pour la première fois dans l' « Epopée de Noé », par J.-J. Bodmer, en 1752.

O. FOREL.

Remarques sur la signification des phénomènes psychiques, par Gustave MORF, de Berne (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc. 4, 1944).

L'extraordinaire richesse des phénomènes psychiques chez l'homme dépasse de beaucoup le cadre de ses nécessités vitales car, pour la simple conservation de la vie, des formes bien plus simples (instincts, réflexes) suffiraient amplement. L'auteur voit derrière les formes de la vie psychique humaine, non une nécessité biologique ou un luxe inutile, mais une nécessité morale. La richesse et la variété de nos phénomènes psychiques est, d'après lui, une conséquence (et en même temps une condition) du fait que l'homme, contrairement aux animaux, est complètement responsable de lui-même.

O. FOREL.

Psychologie de la religion, par Hans SCHÄR, de Lüsslingen, Soleure (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc. 4, 1944).

L'auteur se demande pourquoi la théologie protestante réserve si peu de place à la psychologie de la religion. L'étude de la religion, basée tant sur la psychologie que sur la théologie, serait des plus fructueuses au point de vue de ces deux disciplines. Chaque religion atteint la révélation à travers l'homme. La théologie scrute la religion à la lumière de la révélation ; la psychologie de la religion la voit à travers l'homme. Les deux méthodes peuvent se compléter. La psychologie est appelée à élargir la connaissance de la religion et son application pratique, en ce qui concerne le « médecin des âmes », est à démontrer.

O. FOREL.

Méthodes fondamentales de la psychologie, par Emil WALTER, de Zurich (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 2, 1944).

La multitude des écoles psychologiques rend difficiles les progrès de cette science. Comme dans les autres sciences, une terminologie scientifique, traduisible et précise, est indispensable. Dans la psychologie, science empirique, le langage substantiel, espèce de « Syntaxe logique de la langue », de Carnap est très répandu. Des conflits de terminologie devien-

nent donc facilement des conflits de sens. L'auteur se sert d'exemples comme « Behaviorisme », « Psychologie profonde », « Caractérologie » de Klages pour confronter la façon d'observer basée sur l'expérimentation avec la façon pré-scientifique intuitive. Il souligne que beaucoup d'œuvres psychologiques ne traitent que de pseudo-questions et de pseudo-problèmes.

O. Forel.

Nouveaux points de vue en psychologie, par Hans Sutermeister, de Berne (*Revue suisse de psychologie*, vol. II, fasc. 4, 1944)

L'auteur élabore un programme et, pour préciser « scientifiquement » les définitions, il prétend ne s'occuper que de l'objectif, ainsi que du « behaviour » pour le subjectif. S'appuyant sur les données expérimentales de l'anatomie pathologique et de la physiopathologie du cerveau, il développe les deux notions de « régression-protection » et « régression-repos ». Il s'agirait, selon l'auteur, d'un passage fonctionnel de la zone corticale, consciente, aux centres sous-corticaux, par suite d'un déclenchement de certains réflexes primitifs comme ceux décrits par Kretschmer (explosion motrice et, à l'opposé, immobilité totale simulant la mort), s'accompagnant de manifestations affectives extrêmes, telles que panique, effroi, sommeil, etc. L'auteur voit des analogies avec certaines psychoses hystériques et certaines névroses ; même dans la création artistique moderne, il croit découvrir ce genre de régression vers des états affectifs archaïques, prenant ainsi le contre-pied des tendances trop rationnelles et intellectuelles de la vie moderne.

O. Forel.

Behaviorisme et psychologie. Réflexions à propos d'un livre récent, par le Dr Pierre Naville, de Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, fév. 1945).

A propos du livre « La psychologie, science du comportement » (1), dans lequel M. Pierre Naville s'est appliqué à faire connaître aussi fidèlement que possible la conception behavioriste de Watson, M. François Naville rappelle les travaux antérieurs faits à l'Université de Genève par Flournoy, Claparède, Bovet, Piaget et leurs élèves. Il fait remarquer que le domaine du behaviorisme est exclusivement le comportement objectivement observable des êtres humains, de ce qu'ils font ou disent, et que cela ne peut être le seul objet d'une science psychologique complète.

Le behaviorisme est l'une des méthodes destinées à permettre d'essayer de comprendre les comportements humains, mais cette méthode ne supplante ni ne supprime la valeur des bonnes introspections et observations objectives faites depuis fort longtemps par les psychologues, psychiatres, éducateurs, etc. Aussi longtemps que le behaviorisme persistera à vouloir se limiter à l'étude des réponses aux stimuli sans s'occuper des structures et des mécanismes intermédiaires, il restera une technique à l'usage des orienteurs, expérimenteurs, éducateurs primaires, directeurs de pouponnières, etc. Ses lacunes volontaires ne permettent pas de voir en lui « toute la psychologie ».

R. C.

(1) In Collection « L'avenir de la Science », Gallimard édit., Paris.

Quelques remarques sur la théorie de Szondi, par Th. WAGNER-SIMON, de Bâle (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 4, 1944).

La « théorie de la sympathie » du Dr Szondi, d'après laquelle l'attirance humaine réciproque se développe grâce à une attirance biologique de gènes identiques ou de gènes latents-récessifs, a suscité différentes objections et donné lieu à des thèses opposées. Mme Wagner-Simon démontre qu'il est impossible de réfuter une hypothèse fondée sur certaines données par une thèse partant de données complètement différentes. Le psychisme, en tant qu'objet de recherches, est si vaste que chaque théorie ne peut en éclairer que des fragments. Les recherches de Szondi ne peuvent être réfutées par de nouvelles hypothèses avant que les exemples leur servant de base aient été vérifiés.

O. FOREL.

Thèse contradictoire sur la « Théorie de la sympathie » de Szondi, par Franz KELLER, de Zurich (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 3, 1944).

Les théories de Kretschmer et de Szondi sur la sympathie se contredisent. Szondi prétend que les personnes héréditairement chargées s'attirent, et Kretschmer observe le contraire. Si les deux cas se produisent, il manque la théorie qui pourrait les expliquer. Les Grecs ont résolu le problème par le mot : sympathie. Deux êtres s'attirent lorsqu'ils possèdent le même pathos (passion supérieure, idéal) sans pour cela que les autres traits de caractère dussent s'accorder. Ainsi, deux partenaires peuvent maintenir un idéal commun, peu importe que cet idéal soit réalisé par les deux ou par l'un d'eux, ou même qu'il ne soit pas encore atteint ni par l'un, ni par l'autre. Ils peuvent donc se rencontrer dans leur idéal, même s'ils ne se ressemblent pas autrement. Sympathie ne veut donc pas dire : accord des caractères, mais seulement égalité des idéaux !

O. FOREL.

Nouvelle théorie sur le choix de l'objet, par M. HOLZAPFEL-MEYER, de Berne (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 1, 1944).

Critique de l'ouvrage « Schicksalsanalyse » (Analyse du Destin) (Benno Schwabe et Cie, Bâle) du Dr Szondi M. Szondi analyse la question : Pourquoi choisit-on comme objet d'amour ou d'amitié une certaine personne et non une autre ? Pourquoi choisit-on un métier et non un autre, pourquoi tombe-t-on malade et meurt-on de telle maladie physique ou mentale et non d'une autre? M. Szondi attribue ce choix de l'objet aux facteurs d'hérédité (gènes), latents (récessifs). Il prétend que les personnes apparemment normales, mais souffrant d'une même maladie héréditaire ou d'un défaut similaire de caractère s'attirent (génotropisme). Se basant sur l'étude de nombreuses généalogies, biographies d'amitiés et de familles, il cherche à démontrer l'effet génotrope des gènes récessifs. Ces preuves sont cependant basées sur des suppositions incontrôlables et appartiennent parfois à la spéculation pure. L'hérédité n'est exactement connue que dans quelques rares maladies héréditaires, et il ne peut que très rarement être prouvé qu'une personne portait en elle d'une façon latente le facteur héréditaire d'une certaine maladie.

O. FOREL.

ANATOMIE

De quelques problèmes que pose l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale, par le professeur Ferdinand Morel, de Genève (*Société médicale de Genève*, séance du 28 Juin 1945).

Le terme d'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale a été proposé il y a vingt ans par Spatz qui, le premier, en a fait la description macroscopique : bande d'atrophie granulaire qui s'étend sur la convexité, en bordure du territoire de l'artère sylvienne, rigoureusement symétrique sur les deux hémisphères. Pour Spatz et Lindenberg, cette lésion corticale se ramène à une thromboendartérite limitée aux segments les plus distaux des trois grandes artères cérébrales.

Dans sept cas d'atrophie granulaire symétrique, le professeur F. Morel a entrepris l'examen des artères sur l'atrophie granulaire : il s'agissait de sujets âgés, présentant des troubles psychiques variés : agitation, fatigabilité, désorientation, agitation, perte de la mémoire. Dans quatre cas, crises épileptiques nocturnes. L'autopsie et l'examen histologique ont montré constamment une *atrophie granulaire* sans altération de l'intima des vaisseaux, parfois même sans endartérite oblitérante.

La question de l'étiologie de l'atrophie granulaire reste donc ouverte : la distribution symétrique si caractéristique et si constante de la lésion pose de nombreux problèmes, dont les uns ont trait aux facteurs locaux. Dans cette zone distale, peut-être anastomotique, les conditions de circulation paraissent plus précaires qu'ailleurs, notamment avec l'âge. Aux facteurs locaux viennent s'ajouter des facteurs généraux : intoxication grave par CO chez deux frères, thrombose des deux carotides, lésion des valvules aortiques chez un ancien hypertendu, hypertrophie du cœur gauche notée pour ainsi dire régulièrement, comme d'ailleurs les signes d'insuffisance cardiaque.

L'atrophie granulaire paraît donc être le résultat d'une hypoxémie dans de très petits territoires vasculaires cérébraux, témoignant des effets durables de troubles passagers par insuffisance intermittente de la circulation générale et locale.

R. C.

Anatomo-pathologie de la pachyméningite hémorragique, par le professeur Walthard, de Berne (*Association libre des pathologistes suisses*, 2e réunion annuelle, Genève, 2 et 3 juin 1945).

M. Walthard montre les stades initiaux de la pachyméningite hémorragique interne : prolifération des petits vaisseaux et du tissu conjonctif qui précède de longtemps l'apparition clinique de la maladie, c'est-à-dire le stade qui correspond à l'hémorragie. Des modifications semblables peuvent être reproduites chez le rat, dont l'alimentation est privée de vitamine B1. L'image histologique est très caractéristique, surtout chez les animaux qui ont subi un léger traumatisme du crâne au début de l'expérience. La pachyméningite humaine, observée notamment chez des alcooliques, se rapproche ainsi de la polioencéphalite hémorragique de Wernicke, de la polynévrite et de la « myocardite » des alcooliques qui, toutes, proviennent également d'une avitaminose du type béribéri.

R. C.

Méningite méningococcique et méningo-encéphalite tuberculeuses associées, par Jacques DECOURT, I. BERTRAND et C. BLANC (*Société médicale des hopitaux de Paris*, séance du 1er décembre 1944).

Chez une femme de 37 ans évolue, depuis quinze jours, une méningite dont la nature tuberculeuse paraît cliniquement vraisemblable. Dans le liquide céphalo-rachidien purulent on trouve en abondance des méningocoques. Sous l'influence de la sulfamidothérapie l'infection méningococcique guérit rapidement ; le liquide redevient limpide et stérile, ne présentant plus qu'une lymphocytose modérée. Mais l'état clinique s'aggrave, la lymphocytose devient rapidement considérable et, le jour de la mort, le bacille de Koch est trouvé dans le liquide.

A l'autopsie, les lésions méningées ne différaient pas de celles d'une méningite tuberculeuse banale, mais il existait des lésions encéphalitiques diffuses, avec foyers nécrotiques et thromboses vasculaires, rappelant l'aspect de certaines encéphalites des maladies éruptives. On peut se demander si l'infection méningococcique ou la sulfamidothérapie ont joué un rôle dans la production de telles lésions. Pourtant, leur nature tuberculeuse était indiscutable car on trouvait le bacille de Koch en abondance dans les lésions nécrotiques et il semble qu'on doive invoquer surtout l'allergie tuberculeuse et l'action des toxines bacillaires.

R. C.

BIOLOGIE

La valeur du temps de réaction chez les épileptiques, en particulier au cours des crises intra-cliniques, par A. BAUDOUIN, A. RÉMOND et R. DELARUE (*Société de biologie*, séance du 21 mars 1945).

Les auteurs donnent les résultats fournis par l'individu normal. L'épileptique, considéré en dehors de tout paroxysme électro-clinique, montre une augmentation notable du temps de réaction.

Mais c'est au cours des manifestations électriques anormales survenant par crise que la mesure du temps de réaction présente le plus d'intérêt.

Pendant les altérations électriques paroxystiques qui accompagnent l'absence épileptique, le sujet ne réagit pas, ajoutant ainsi une preuve de la perte de conscience.

Quand ces mêmes altérations électriques ne s'accompagnent pas des signes cliniques de l'absence, deux possibilités peuvent s'observer : le plus souvent, le temps de réaction pris pendant cette période est égal à celui pris en dehors d'elle : la crise électrique est strictement infra-clinique ; par contre, on observe parfois un état particulier, où, au cours du paroxysme électrique, le temps de réaction est allongé d'une manière très importante. Les auteurs montrent ainsi qu'à côté des crises électriques correspondant à une perte de conscience, qui est celle de l'absence cliniquement constatée, et celles qui sont purement infra-cliniques, il en existe d'autres qui traduisent un état de conscience intermédiaire. Ils proposent d'appeler « crise subclinique » le paroxysme électrique correspondant.

R. C.

Recherches électro-physiologiques sur l'épilepsie cardiazolique, comathérapie convulsivante, par Paul CHAUCHARD, Henriette MAZOUÉ et Raoul LECOQ (*La Presse médicale*, 21 avril 1945).

De leurs recherches et de leurs expériences sur des lapins, des cobayes et des rats, les auteurs concluent à l'action complexe du cardiazol sur les centres nerveux, déprimant les centres supérieurs et excitant les centres inférieurs. Electro-choc et insuline ont les mêmes effets ; seules existent entre ces trois types d'action quelques différences de détail. La phase thérapeutique de ces actions résulte avant tout de leur action comatogène. Il serait inexact de ne voir dans le cardiazol qu'une convulsivothérapie. Mais, pour exercer d'heureux effets sur le système nerveux malade, il faut une action intense et complexe joignant à l'effet comatogène une excitation des centres inférieurs.

Cette étude de l'épilepsie cardiazolique aboutit à des résultats en accord avec la tendance de plus en plus générale, à souligner le rôle fondamental des centres inférieurs dans le déterminisme de l'épilepsie, qu'il s'agisse de manifestations expérimentales ou d'accidents pathologiques.

René CHARPENTIER.

Projection électroencéphalographique des lésions basses du névraxe, par Ivan BERTRAND, J. GODET et R.-S. LACAPE (*Société de biologie*, séance du 11 mars 1944).

Des lésions basses du névraxe, bulbo-protubérantielles ou médullaires, de nature néoplasique ou traumatique, peuvent se traduire dans la région rolandique par des orages électriques survenant spontanément ou après hyperpnée. L'excitation de la voie motrice est déterminée directement par le foyer lésionnel, présentant ainsi un caractère rétrograde dans sa transmission cérébrale.

Ces faits montrent les réserves qui s'imposent dans l'étude encéphalographique des tumeurs cérébrales. Dans l'épilepsie, par analogie, ils confirment la possibilité d'une origine profonde des orages électriques.

R. C.

Contribution à l'étude de l'action nerveuse centrale de la diphénylhydantoïne, par Ivan BERTRAND, B. et P. CHAUCHARD (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 21 nov. 1944).

Les auteurs montrent que la diphénylhydantoïne a des propriétés différentes du gardénal sur les centres inférieurs qu'elle excite, ce que le gardénal ne produit jamais. Sur l'écorce, son pouvoir anticonvulsivant va de pair avec une action dépressive de l'excitabilité analogue à celle du gardénal. Mais le pouvoir anticonvulsivant et l'action dépressive de l'excitabilité ne sont pas rigoureusement liés et des corps voisins de la diphénylhydantoïne, totalement dépourvus d'action anticonvulsivante, ont le même effet d'allongement sur les chronaxies corticales. Il est donc impossible de tester chronaxiquement l'action anti-convulsivante elle-même.

R. C.

Origine du syndrome humoral de l'électro-choc, par P. Delmas-Marsalet, L. Servantie et J. Faure (de Bordeaux). *La Presse médicale*, 30 décembre 1944).

Le syndrome humoral de l'électro-choc convulsif existe dans l'épilepsie spontanée et est du même ordre que le syndrome humoral lié à tout travail musculaire. Les convulsions épileptiques représentent le maximum de l'activité musculaire humaine. Le syndrome humoral de l'électro-choc convulsivant est d'origine musculaire.

Cette théorie musculaire des modifications humorales liées à l'électro-choc convulsif et les faits relatifs au rôle de l'émotion, du spasme électrique et de l'apnée expliqueraient toutes les variations humorales observées sans aucune intervention du diencéphale ni de tout autre appareil nerveux. Quant à l'hyperglycémie de la crise convulsive et de l'absence, le seul simulacre d'électro-choc peut suffire à la créer.

R. C.

Le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse, par Jean Delay, A. Soulairac et P. Desclaux (*Société de biologie*, séance du 21 mars 1945).

Les auteurs ont étudié les modifications neuro-végétatives et humorales pendant et après l'encéphalographie. Ils ont trouvé en particulier une augmentation des éléments minéraux du sang sauf pour le calcium, une hyperlipidémie et de l'hyperglycémie.

Pour les éléments figurés, ils notent une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile. Ils rapprochent ces données de celles déjà décrites par l'un d'eux au cours du post-électro-choc.

R. C.

A propos de la communication de M. Soulairac sur le Na, le K et le Ca du liquide céphalo-rachidien, par Guillaumin et Laudat (*Société française de biologie clinique*, séance du 22 février 1945).

MM. Guillaumin et Laudat apportent des résultats d'analyses qui infirment les chiffres donnés comme normaux par M. Soulairac et rétablissent, au moins pour le sodium, les chiffres fournis par Mestrezat en 1910.

M. A. Soulairac déclare que les erreurs provenaient d'imperfections des réactifs employés.

R. C.

Comparaison des méthodes fournies par les réactions quantitatives de la syphilis, par Lavergne et Bergeron (*Société de biologie clinique*, séance du 28 avril 1945).

Les auteurs ont effectué, sur 26 sérums positifs, les réactions de Kahn quantitatives, de Vernes et de Calmette et Massol, cette dernière sur le sérum pur et dilué au 1/10, 1/30, 1/50, 1/100. Ils ont groupé leurs résultats en un tableau qui montre qu'il n'existe aucune relation même approchée entre les résultats fournis par ces différentes méthodes.

R. C.

Méningo-encéphalite à « trypanosoma gambiense » observée chez le lapin, par G. Stefanopoulo, P. Caubet et Mlle S. Duvolon (*Société de pathologie exotique*, séance du 13 décembre 1944).

Les auteurs ont noté chez le lapin inoculé sous la peau avec une souche neurotrope à *T. gambiense* des lésions d'infiltration vasculaire et de cellules lymphoplasmocytaires, à la fois méningée et corticale ; dans les méninges et dans la masse du cerveau on notait de nombreux trypanosomes. Ces lésions rappellent celles qui sont mises en évidence chez l'homme dans la maladie du sommeil et chez le rat et la souris inoculés expérimentalement. La souche Yaoundé utilisée, provenant du service de M. E. Roubaud à l'Institut Pasteur offre un grand intérêt expérimental. R. C.

Quelques corrélations entre la pénicilline et le bactériophage, par J. Steinmann et A. Nicole, de Genève (*Société suisse de microbiologie, Genève*, réunion des 23-24 juin 1945).

L'action de la pénicilline sur les virus a donné des réponses divergentes ; comme il est possible qu'elle soit indirecte et due à des modifications du milieu, les résultats négatifs semblent plus intéressants que les résultats positifs.

Sur le bactériophage antistaphylococcique en particulier, elle n'exerce pas d'effet même à forte concentration. Le principe lytique qu'on peut déceler chez certaines marques n'est pas un bactériophage et doit tenir aux milieux au moyen desquels elle est fabriquée.

Les staphylocoques soumis à son action présentent quelques modifications vis-à-vis de leur bactériophage, d'abord une certaine diminution de sensibilité, puis après de nouveaux contacts, une augmentation. En outre, loin de s'adapter à la pénicilline, ils ont montré une augmentation progressive de sensibilité. Ces faits traduisent probablement une modification de leur structure, non décelable à la simple culture.

R. C.

Au delà de la pénicilline. La lutte pour la vie chez les microorganismes, ses possibilités d'applications pratiques, par H. Simonnet et G. Porchez, de Paris (*La Presse médicale*, 5 mai 1945).

Rappelant que Pasteur, en 1877, signala le premier l'antagonisme des bactéries, rappelant aussi les études de Sydney-Marcin (1898-1900), de Frost (1904), etc., basées sur les microorganismes du sol, les applications à la phytopathologie et à la pathologie animale des mêmes actions antagonistes, l'étude chimique des produits du métabolisme des moisissures et les nouveaux antibactériens obtenus par synthèse, MM. H. Simonnet et G. Porchez montrent que les excellents résultats obtenus par l'emploi de la pénicilline ne sont qu'un point de départ. Si l'attention, ces dernières années, s'est portée ainsi tout particulièrement sur l'un des produits du métabolisme des champignons, d'autres composés naturels ou synthétiques, d'un prix de revient moins élevé, plus efficaces aussi ou tout au moins actifs dans des cas de pénicillo-résistance, sont actuellement à l'étude. Des résultats très supérieurs aux splendides acquisitions déjà faites peuvent être prochainement espérés. René Charpentier.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le problème des familles nombreuses, par le Dr Louis Le Guillant (*Archives de médecine sociale*, nov. 1945).

M. Louis Le Guillant apporte la démonstration résultant de statistiques personnelles de la fréquence des familles nombreuses parmi les familles de mineurs délinquants et d'enfants anormaux. Cette importante constatation dont l'auteur souhaite le contrôle par une étude statistique entreprise dans les consultations de neuro-psychiatrie infantile, mais qui ne surprendra aucun de ceux ayant eu à examiner des mineurs délinquants, est un fait social dont il est impossible de ne pas tenir compte dans l'ensemble de mesures à prévoir concernant les encouragements à la fécondité. M. Louis Le Guillant fait observer que certaines précautions seront à prendre dans le choix des mesures destinées à encourager la natalité. Après d'autres, le professeur Dupré insistait sur la multinatalité mais aussi sur la multi-mortalité dans la descendance des alcooliques. A la notion de quantité se superpose ici une question de qualité. Si délicat qu'il soit, le problème n'est assurément pas insoluble. Et la conclusion de M. Le Guillant qu'il faut considérer l'ensemble des questions démographiques aussi sous une incidence qualitative, psychologique, affective, paraît particulièrement opportune. « Dans une politique de la natalité, il faut, avant toute chose, créer les conditions matérielles et morales de cette acceptation sincère, lucide et permanente. »

René Charpentier.

Facteurs médico-sociaux urbains en neuro-psychiatrie infantile, par P. Fouquet (*Archives de médecine sociale*, mai 1945).

Comme le paupérisme, la surpopulation, l'existence et la fréquentation d'îlots insalubres contribuent à créer une psychologie spéciale à certains lieux en même temps que des conditions sociales particulières. Les enfants, qui héritent déjà des tares parentales (elles-mêmes héréditaires ou acquises), y effectuent leur développement psychobiologique dans des conditions vitales médiocres ou activement nocives auxquelles les maladies médico-sociales (alcoolisme, tuberculose, etc.) ajoutent encore leurs effets.

M. P. Fouquet en apporte la démonstration par la comparaison de la courbe de répartition géographique des enfants anormaux de l'Ecole Théophile-Roussel, de Montesson, à d'autres courbes reproduisant dans le même cadre géographique les éléments médicaux (tuberculose, alcoolisme), les éléments sociaux (paupérisme, densité de population) et les éléments familiaux (état civil des enfants, illégitimité traduisant des anomalies de structure familiale). Ne retenant que les enfants provenant des 20 arrondissements de Paris (les garçons de 7 à 15 ans présentant des anomalies du caractère, rééducables, non débiles et non énurétiques sont seuls admis à Montesson), il montre la quasi-superposition des graphiques de répartition géographique dans les arrondissements parisiens : des enfants anormaux, des tuberculeux pulmonaires, des alcooliques, des milieux atteints par le paupérisme et des enfants illégitimes. Intéressante et probante démonstration de l'intrication étroite et constante des divers facteurs médico-sociaux et urbains dans le déterminisme de chacun d'eux.

René Charpentier.

La délivrance médicale des toxiques doit être mieux réglementée, par X. Abély et J. Rondepierre (*Société de médecine légale*, séance du 17 avril 1944, *Annales de médecine légale*, mai-juin 1944).

MM. X. Abély et J. Rondepierre s'élèvent contre l'insuffisance de la législation actuelle et les abus commis à l'occasion, ou sous prétexte, de cures de désintoxication à domicile. Le sevrage ne peut être entrepris avec succès que par l'isolement dans un établissement spécialement organisé.

Les auteurs présentent le *vœu* suivant, *adopté à l'unanimité* par la *Société de médecine légale* dans sa séance du 8 mai 1944 :

« La Société de médecine légale de France, considérant que les toxicomanes ne pouvant plus guère se procurer leurs drogues autrement que grâce « à la complicité de quelques très rares médecins, sous le fallacieux prétexte « de cure de désintoxication à domicile,

« émet le *vœu :*

« qu'il y aurait lieu — toute cure sérieuse entreprise à domicile étant de « toute évidence impossible — de demander au législateur d'interdire formellement aux médecins la rédaction d'ordonnances d'opiacés destinés à « des toxicomanes dans un but de prétendue désintoxication. »

R. C.

Les sous-produits de la vigne dans le problème de l'antialcoolisme, par L. Desclaux, R. Gibert et P.-L. Desclaux, *Société de médecine légale*, séance du 8 mai 1944, *Annales de médecine légale*, mai-juin 1944).

Exposé des produits industriels et des produits alimentaires qui permettent l'utilisation de la vigne et la résorption de l'excédent des produits des vignobles dans la lutte contre l'alcoolisme.

R C.

L'alcoolisme est-il en recul ou en progrès ? par le Dr R. Hercod (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, mai 1945)

Contrairement à l'impression générale, M. R. Hercod ne partage pas l'optimisme fréquemment affiché actuellement sur la régression de l'alcoolisme en Suisse. Il fait état à ce sujet d'une étude récente du professeur Maurice Roch, de Genève, sur l'alcoolisme en médecine interne, et discute les méthodes statistiques : arrestations pour ivresse, admission dans les asiles d'aliénés, numération des cirrhoses du foie, statistiques de décès, variations de la consommation des boissons alcooliques, coefficients de nocivité des boissons alcooliques, etc... Pour apprécier les dangers que fait courir à un pays la consommation de l'alcool, d'autres données que les chiffres de consommation ont leur importance. Il faut tenir compte des facteurs sociaux et psychiques et M. Hercod rappelle comme exemple le développement du trafic automobile, la mécanisation de l'existence : la machine est reine et exige du cerveau qui la dirige, soit des travailleurs, une sobriété exemplaire.

Il se demande aussi si l'homme de 1945 n'est pas plus sensible aux effets de l'alcool que celui de la génération précédente. Une tension nerveuse croissante a été portée au paroxysme pendant la guerre de 1939-1945 et la période qui suivra les hostilités n'apportera guère le repos du système nerveux. On peut craindre aussi à ce moment une recrudescence de la consom-

mation d'alcool. L'alcoolisme restera donc, pour la période d'après-guerre, un très grave danger contre lequel il importe de se prémunir, même si, dans l'hypothèse la plus favorable, la consommation d'alcool n'accusait pas, *en chiffres absolus*, une augmentation sensible.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

L'influence des restrictions alimentaires sur les internés et les sujets des hospices de vieillards. Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des psychopathies, par Jean LHERMITTE (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 19 décembre 1944).

M. Jean Lhermitte résume les constatations faites, pendant la triste expérience due à l'occupation, de l'influence des régimes carencés sur les hospitalisés des hôpitaux psychiatriques et des hospices de vieillards. Il rappelle la diminution considérable des rations, l'augmentation considérable de la morbidité et de la mortalité : la période la plus néfaste fut d'octobre 1941 à mars 1942. Après octobre 1942, si la courbe de la morbidité et de la mortalité parut s'incliner, le fait fut dû à la mort des malades les plus fragiles pendant les périodes précédentes, à un rétablissement de l'équilibre alimentaire, à l'apport de provisions familiales, à la réduction de l'activité des hospitalisés. Les maniaques et les mélancoliques furent, parmi les internés, ceux qui subirent le plus sévèrement les effets des carences et de la dénutrition. Le coma hypoglycémique à début brusque et à terminaison souvent fatale fut parmi les complications les plus redoutables : aucun fait de ce genre n'avait été constaté avant 1941. Il n'est pas douteux que nombreux sont les sujets hospitalisés qui succombèrent non à la maladie ayant amené l'internement, mais à l'influence directe de la carence ou à des complications infectieuses dont la profondeur du déséquilibre alimentaire détermina la gravité.

L'abstinence forcée due aux circonstances montre bien l'importance majeure de l'alcoolisme dans le déterminisme des psychopathies et la nécessité d'en prévenir le retour.

René CHARPENTIER.

La mortalité dans les hôpitaux psychiatriques, par Jean SAIDMAN (*Diagnostics et Traitements*, tome III, numéro spécial n° 13, 1944).

Dans ce numéro spécial, coïncidant avec l'exposition si opportunément organisée par « Diagnostics et Traitements » pour montrer quelle fut la sous-alimentation en France sous l'occupation allemande et quelles en furent les conséquences pathologiques, on trouvera parmi vingt mémoires qui montrent les effets de rations alimentaires en fait souvent inférieures pour l'adulte à 900 calories par jour dans certaines régions et dans les villes, un article de M. Jean Saidman, fondateur de ce très utile périodique, sur la mortalité dans les hôpitaux psychiatriques pendant l'occupation.

Chacun sait le tribut particulièrement lourd payé à la sous-alimentation par les malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques. Les chiffres cités par M. J. Saidman montrent, d'année en année, la diminution

du chiffre de la population de chaque établissement (en dépit de la réduction du nombre des établissements aptes à recevoir des malades) et la progression du pourcentage de mortalité. Dans l'Yonne, par exemple, à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, en 1941, le chiffre des décès atteignit 293 sur 611 hospitalisés, soit 47,9 %.

On cite un hôpital psychiatrique qui « sur un effectif normal de 1.500 malades en a perdu 1.324, au nombre desquels ne figurent pas ceux qui ont fini leurs jours dans leur famille ».

Si les cachexies par carence alimentaire avec œdèmes furent surtout fréquentes en 1941 et 1942, la mortalité par tuberculose a été sans cesse en augmentant.

Et ce qui s'est passé dans les hôpitaux psychiatriques n'est qu'un cas particulier des conséquences générales pour la France d'une sous-alimentation qui, trop souvent, aboutit aux mêmes résultats que les camps d'extermination.

R. C.

Ouverture près de Nancy de centres d'accueil, d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou prédélinquants, par M. Meignant (*Société de médecine de Nancy*, séance du 8 décembre 1944).

M. Meignant met la Société de médecine de Nancy au courant des conditions dans lesquelles viennent de s'ouvrir pour les garçons, dans un bâtiment dépendant de l'hôpital psychiatrique de Maréville et, pour les filles, à Rosière-aux-Salines, des centres d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou pré-délinquants. Dus aux efforts combinés des autorités administratives, judiciaires, sanitaires et du Secrétariat à la Famille, ces centres fonctionnent comme des services d'observation médico-psychologique, cela en collaboration étroite avec les tribunaux d'enfants et avec les centres de redressement définitifs, conformément aux directives du Secrétariat à la Santé et à la Famille et de la « Commission de l'enfance déficiente ou en danger moral » instituée par le secrétariat d'Etat.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

La pénicilline, sa découverte, son histoire, son utilisation en médecine et en chirurgie, par le Professeur Sir Alexander Fleming, professeur de bactériologie au St-Mary's Hospital de Londres (*Le médecin français*, 25 sept. 1945).

Traduction française des importants exposés faits sous forme de conférences par le professeur Sir Alexander Fleming, à Londres, dans le cadre des « Harben Lectures » : découverte et histoire de la pénicilline ; contrôle de laboratoire du traitement par la pénicilline ; utilisation de la pénicilline en médecine et en chirurgie.

Aucune autre substance actuellement connue, dit en conclusion Sir Alexander Fleming, ne peut se comparer à la pénicilline comme action antibactérienne et absence de toxicité. Mais, pour que le traitement soit

efficace, il ne faut pas oublier que la pénicilline doit être mise au contact des microbes, soit localement, soit par l'intermédiaire du sang.

René CHARPENTIER.

La pénicilline, par L. de GENNES et L. COURNOT (*La Presse médicale*, 10 mars 1945).

Après avoir rappelé la découverte d'Alexandre Flemming (Londres, 1928) et les travaux qui aboutirent à l'extraction de la pénicilline du *Penicillum notatum*, extraction difficile et qui, malgré la construction de véritables usines, ne donne encore qu'une production hebdomadaire de quelques dizaines de kilogrammes, MM. L. de Gennes et L. Cournot donnent les caractéristiques du produit et indiquent son action sur les différents germes.

D'action bactério-statique et non bactéricide, la pénicilline peut agir sur des germes sulfamido-résistants (et inversement) ; des doses insuffisantes ne paraissent pas provoquer ultérieurement une résistance à l'action du médicament. Son élimination, très rapide, oblige à recourir à une administration continue ou fréquemment répétée ; elle doit être mise au contact direct des lésions et des germes infectants. Détruite par les sucs gastriques ou intestinaux, elle ne peut être employée par voie buccale ; la voie la plus employée est la voie intra-musculaire, mais la voie intra-veineuse est indiquée pour atteindre directement un germe circulant en milieu sanguin et la voie intra-rachidienne est indispensable dans les méningites, étant donné l'imperméabilité méningée à la pénicilline. Remarquablement peu toxique, la pénicilline peut être utilisée concurremment avec un traitement sulfamidé, mais elle est altérée par la plupart des antiseptiques habituels, dont l'emploi ne devra par conséquent ni précéder, ni accompagner les injections de pénicilline. Le traitement sera guidé utilement par des épreuves de laboratoire. Méningites cérébro-spinales et méningites à pneumocoques cèdent le plus souvent aux injections intra-rachidiennes. Il est inutile de rappeler les succès obtenus par injections intra-musculaires dans le traitement des staphylococcies, streptococcies, plaies de guerre, pneumonies graves, gonococcies. L'action remarquable sur la syphilis récente (le tréponème disparaît du chancre en quinze heures, les lésions secondaires s'effacent en quatre jours) ne pourra être confirmée pour l'avenir des malades traités qu'avec le recul du temps.

René CHARPENTIER.

Mécanisme de l'action curative de la pénicilline, par C. LEVADITI et A. VAISMAN (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 19 décembre 1944).

La pénicilline agit vraisemblablement en bloquant l'équipement enzymatique du microbe, équipement dont celui-ci se sert obligatoirement pour effectuer la synthèse anabolique des protéines indispensables à sa multiplication et, par conséquent, à l'exercice de son pouvoir pathogène. Le micro-organisme, atteint dans son potentiel de germination, continue à vivre, mais il devient la proie des phagocytes. Incapable de pulluler, il ne sécrète plus la leucolysine ; les phagocytes, ayant conservé l'intégrité de leurs fonctions vitales, réussissent à digérer le germe et à assurer la guérison définitive, fréquemment suivie d'immunité.

R. C.

Mode d'action de la pénicilline, par C. Levaditi (*La Presse médicale*, 10 février 1945).

Recherchant le mécanisme de l'action de ce principe antibiotique de grande valeur sur les microorganismes sensibles, M. C. Levaditi établit que la pénicilline n'est ni absorbée, ni détruite par les bactéries, qu'elle n'agit que sur des germes en voie de division (d'où son analogie avec les bactériophages) et qu'elle provoque une lyse des germes grâce à des modifications de la membrane cellulaire, lyse qui peut être incomplète avec reliquat de microbes « persistants », lesquels vivent, respirent et sont cultivables si on les retire du milieu pénicilliné (seul leur potentiel de division est bloqué, d'où leur hypertrophie visible microscopiquement). Cultivés *in vitro*, ces germes « persistants » pullulent normalement mais, dans l'organisme vivant, ils sont digérés et détruits par les phagocytes, cela sans consommation appréciable de pénicilline. D'où leur importance au point de vue thérapeutique et l'indication de cures pénicilliniques intermittentes (Bigger) pour obtenir une stérilisation totale et définitive de l'organisme.

René Charpentier.

Inhalation de la pénicilline, par le professeur H. Staub, de Bâle (*Société suisse de médecine interne, Ragaz*, réunion des 2-3 juin 1945).

L'inhalation de la pénicilline correspond pratiquement à une injection intraveineuse, vu la rapide résorption à travers les veines bronchiques et pulmonaires. Des souris blanches, auxquelles on avait injecté une dose cent fois mortelle de streptocoques hémolytiques ont été sauvées de la mort par inhalation de pénicilline.

Des malades atteints de pneumonie voient leur température se rétablir vingt-quatre heures après une inhalation de 2 × 50.000 unités-Oxford de pénicilline. Dans des abcès pulmonaires, l'inhalation de pénicilline amène une réduction rapide de la quantité de crachats. Dans les cas où l'abcès était réfractaire à l'inhalation, on a pu obtenir un succès par application de pénicilline dans la caverne infectée, à travers les bronches ou par ponction de la paroi thoracique. L'effet rapide provoqué en quelques heures par l'inhalation de pénicilline prouve sa grande efficacité et correspond à l'application locale dans les maladies des voies respiratoires et des poumons.

R. C.

Expérience de six mois de traitement par la pénicilline des maladies infectieuses des enfants, par Robert Debré, P. Mozziconacci, Mmes Herzog et Cl. Monod-Broca (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 23 octobre 1945).

Parmi les 236 enfants traités, 23 cas de *méningites aiguës purulentes* furent traités par la pénicilline : il y eut 14 guérisons et 9 décès. En conclusion, les auteurs conseillent : 1° d'employer en premier lieu les sulfamides dans les méningites à méningocoques, en ayant recours à la pénicilline si l'essai n'est pas concluant au bout de 24 à 48 heures ; 2° de traiter d'emblée par la pénicilline les méningites à pneumocoques, la sulfamidothérapie n'étant ici qu'une thérapeutique adjuvante ; 3° d'injecter la pénicilline dans

le canal rachidien une fois par 24 heures (en cas de non amélioration rapide, s'imposera une ponction de la fontanelle et des ventricules suivie, en cas de pyocéphalie, d'injection locale de pénicilline) et, si l'on note des signes de diffusion infectieuse (purpura, arthralgies, etc.), d'utiliser également la voie intramusculaire ; 4° de prolonger le traitement jusqu'à totaliser 150.000 à 500.000 unités, selon l'âge de l'enfant et l'évolution de la maladie (cesser toutefois les injections en cas de réaction irritative endothéliale des méninges).

R. C.

Délires aigus azotémiques guéris par l'injection intrarachidienne de pénicilline, par J. Delay, P. Desclaux, F. Nitti, Gendrot et Digo (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 nov. 1945).

Les auteurs rapportent deux observations typiques de délire aigu azotémique, avec délire hallucinatoire, état confuso-onirique, agitation, sitiophobie, déshydratation intense, hyperthermie à 40° et hyperazotémie à 1 gr. 40. Dans la première observation, le malade fut guéri en quelques heures par l'injection intrarachidienne de pénicilline. Après une amélioration immédiate, se produisit une rechute. Des ponctions rachidiennes étagées montrèrent l'existence d'un cloisonnement. De nouvelles injections intrarachidiennes de pénicilline, sus-jacentes au cloisonnement, amenèrent la guérison définitive.

R. C.

Méningite subaiguë à entérocoques guérie par la pénicilline ; échec de la sulfamidothérapie, par Feld (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 novembre 1944).

Observation d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme cranien subi fin décembre 1943 et ayant déterminé une fissure osseuse pariéto-occipitale, présenta des signes d'arachnoïdite de la grande citerne qui firent pratiquer un drainage. En mai 1944, apparurent des symptômes de méningite accompagnés d'un liquide céphalo-rachidien trouble, riche en polynucléaires altérés et renfermant des entérocoques. Les troubles méningés persistèrent malgré l'emploi de fortes doses de 1162 F et les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. On fit alors des injections intra-rachidiennes de pénicilline, à la dose de 100 unités Oxford par jour. Au bout de 48 heures, l'amélioration clinique était déjà manifeste et la guérison était totale après une dose totale de 12.000 unités. A signaler à la suite des injections des douleurs hypogastriques passagères et une poussée de pléocytose céphalo-rachidienne.

R. C.

Le traitement de la méningite aiguë syphilitique par la pénicilline, par R.-A. Nelson et L. Duncan (*Bull. Johns Moph. Hosp.*, 75, 1945).

Observation de dix cas de méningite aiguë syphilitique soignés par la pénicilline. Résultats excellents tant au point de vue clinique que du contrôle de laboratoire. Bien que la pénicilline ne passe pas dans le liquide cérébro-spinal, même après des injections intramusculaires répétées, la

médication s'est montrée effective à la suite de ces injections. Il a été injecté de 600.000 à 4 millions d'unités et le traitement a duré de sept à onze jours.

R. C.

Action thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis cliniquement inapparente et la maladie de Nicolas-Favre chez la souris, par C. Levaditi et A. Vaisman (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 19 décembre 1944).

La pénicilline, injectée par voie sous-cutanée à des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente, détermine la disparition totale (ou presque) des tréponèmes dès la 24e heure.

La pénicilline, administrée par voie sous-cutanée à des souris inoculées dans l'encéphale avec le virus lymphogranulomateux, met à l'abri de l'infection 60 % des animaux (contre 100 pour 100 de résultats positifs chez les témoins).

R. C.

Traitement de la syphilis par des dérivés de la phényldichlorarsine, par A. Mouneyrat (*Académie des sciences*, séance du 21 février 1944).

L'arsénoxy naissant, obtenu par dissolution de la dichlorarsine (4.000 M), correspondant à l'acide para-oxy-métaaminophénylarsinique, dans une solution aqueuse bicarbonatée sodique, est toléré à des doses deux fois et demie plus élevées que le même arsénoxy préparé d'avance. Fait très important, car la disparition des accidents syphilitiques et leur guérison est d'autant plus rapide que la dose de dichlorarsine employée à chaque injection est plus élevée.

L'auteur est arrivé à injecter, sans danger, comme dose maxima chez l'adulte normal, 4 mg. 5 de 4.000 M par kilogramme et par injection intraveineuse. On commence par une injection de 0 gr. 06, le malade étant à jeun, la 2e piqûre est faite à 0 gr. 10, la 3e à 0 gr. 12 et l'on augmente ainsi les doses de 2 en 2 cg. à chaque piqûre, s'il n'y a pas de fièvre. Les injections sont faites tous les jours ou tous les deux jours. Ayant atteint la dose maxima, on la répète tous les deux jours, jusqu'à un total de 15 injections, soit en tout 2 gr. 80 à 3 gr. 20 de 4.000 M.

De l'ensemble de ses observations, l'auteur conclut que l'action tréponémicide du 4.000 M étant supérieure à celle des arsénobenzols correspondants, le pouvoir prophylactique de ce corps surpasse celui des arsénobenzols. Tout en étant très actif, le 4.000 M n'a causé aucun accident : ni crise nitritoïde, ni érythrodermie, ni aucun trouble grave quelconque. Les malades soumis au traitement augmentent de poids.

R. C.

Doit-on abandonner le novarsénobenzol dans le traitement d'attaque de la syphilis ? par Et. Lortal-Jacob (*Revue médicale française*, octobre 1944).

Les accidents de l'arsénothérapie étant de plus en plus fréquents, est-il donc nécessaire de pratiquer systématiquement l'arsénothérapie chez tous

les syphilitiques, jeunes et non tarés ? Car l'arsenic blanchit rapidement les syphilitiques mais il ne les stérilise pas. Si l'arsenic avait une action certaine, il ne serait pas utile de lui associer le bismuth sous forme de traitement arsénobismuthique mixte conjugué. Le traitement de la syphilis doit être avant tout bismuthique et l'arsenic doit être réservé aux intolérants qui font, par exemple, de la stomatite dès les premières injections de bismuth. La bismuthothérapie de la syphilis a fait ses preuves depuis vingt ans. La bismuthothérapie seule, sans arsénothérapie associée, donne d'excellents résultats, à condition d'être pratiquée énergiquement, et l'administration simultanée de vitamine C permet une meilleure tolérance du bismuth. L'élimination rénale du bismuth est à la fois précoce, lente et prolongée : ces trois termes résument l'heureuse action tréponémicide du médicament. Le traitement d'attaque de la syphilis, conclut M. Et. Lortat-Jacob, doit être fait par cures bismuthiques oléo-solubles répétées.

René CHARPENTIER.

Accidents du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne : la gingivite hyperplasique, par Jean DELAY, J. MAILLARD, A. SOULAIRAC et BOITELLE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 janvier 1945).

Les auteurs présentent une épileptique de 17 ans atteinte de crises convulsives très fréquentes et d'états crépusculaires prolongés, lesquels furent remarquablement influencés par l'électro-choc. Au cours d'un traitement prolongé par la diphényl-hydantoïne apparurent deux sortes d'accidents : une gingivite hyperplasique et des troubles de l'équilibration.

La gingivite était caractérisée par une hypertrophie considérable des gencives supérieures et inférieures avec hémorragies gingivales, quelques taches purpuriques, des modifications du temps de saignement et de coagulation. Les résultats du dosage de l'acide ascorbique dans le sang (3 mg.), et de l'épreuve de charge sont à rapprocher des travaux de Kimball sur l'origine avitaminosique de la gingivite des hydantoïnes.

Les troubles de l'équilibration avec démarche ébrieuse, signe de Romberg, nystagmus, étaient en rapport avec un syndrome vestibulaire central, caractérisé surtout par une hypoexcitabilité du nystagmus rotatoire provoqué et par une hyperexcitabilité du nystagmus vertical. On notait une grosse diminution des chronaxies vestibulaires. Expérimentalement, les auteurs ont déterminé chez le rat, par l'administration d'hydantoïne, des troubles considérables de l'équilibration.

Les auteurs signalent la disparition des crises convulsives dès qu'apparaissaient les signes d'intoxication par la diphényl-hydantoïne et préconisent l'adjonction d'acide ascorbique aux hydantoïnes dans le traitement de l'épilepsie.

R. C.

Maladie de Basedow. Traitement de la maladie de Basedow par l'iode, par le professeur M. ROCH (de Genève). (*Diagnostics et Traitements*, janvier 1944).

On tend de plus en plus à admettre que c'est sous l'influence d'excitations anormales neuro-hypophysaires, transmises par le sympathique, que la

thyroïde se met à travailler avec exagération et que le point de départ de la vraie maladie de Basdow doit être cherché dans l'hypophyse et les centres nerveux végétatifs, qui règlent les fonctions endocrines. Les recherches de Hamilton et Soley ont montré que le corps thyroïde du basedowien a partiellement perdu la faculté de retenir l'iode qui, de la substance colloïde des acini en voie de disparition, passe dans le sang. On a même pu parler à ce propos de « diabète iodé ».

En fait, « l'organisme du basedowien a soif d'iode » et il est logique de chercher à alimenter en iode les malades atteints de goitre exophtalmique. Les résultats favorables obtenus, et les statistiques de Plummer et Boothby (cliniques Mayo) font que ce traitement a tendance à se généraliser. Le plus simple est d'utiliser dans ce but la solution de Lugol vraie. On peut aussi employer la solution iodo-iodurée forte (Plummer) ou une potion d'iodure de potassium. Les doses doivent être fractionnées (Dautrebande) pour maintenir une iodémie constante. Le traitement agit vite et bien : le métabolisme basal et la tachycardie diminuent, le poids augmente, le sommeil se régularise, le calme revient. L'aspect histologique de la glande se modifie et la substance colloïde réapparaît.

Ce traitement, qui ne doit être appliqué qu'à des malades alités et surveillés de près, pourrait, selon certains auteurs, s'il était continué assez longtemps, amener une guérison définitive et éviter l'opération. La plupart des chirurgiens y voient surtout un moyen de préparer le malade à l'opération par un traitement de deux à trois semaines de durée.

René CHARPENTIER.

A propos du traitement de la maladie de Basedow par l'aminothiazol, par H. COUMEL, J. COLAS et PELLERAT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 novembre 1944).

L'aminothiazol, utilisé à la dose totale de 11 g. 50 en un mois, a produit une amélioration remarquable d'une maladie de Basedow sévère : disparition de la tachycardie, du tremblement, de l'éclat du regard, reprise du poids, retour à la normale du métabolisme de base fortement augmenté au début du traitement. Ce cas vient à l'appui des résultats déjà signalés par MM. Perrault, Bovet et Droguet et souligne l'intérêt thérapeutique de l'aminothiazol dans le goitre exophtalmique.

R. C.

Réflexions sur la chirurgie du Basedow, par J. VIRENQUE (*Société de chirurgie de Toulouse*, séance du 17 décembre 1943).

A la suite de quarante-cinq thyroïdectomies pour goitre exophtalmique de forme moyenne ou grave, il a été enregistré un cas de mort, un cas de paralysie récurrentielle unilatérale transitoire et deux cas de myxœdème fruste. La qualité des guérisons obtenues a été, dans l'ensemble, remarquable. M. J. Virenque a noté chez les femmes opérées la disparition de la frigidité, si fréquemment observée chez la femme au cours des syndromes basedowiens.

R. C.

Préservation des parathyroïdes et traitement de la tétanie par la vitamine D, par Welti (*Académie de chirurgie*, séance du 21 juin 1944).

M. Welti insiste sur les procédés classiques : usage de bonnes ligatures, éclairage excellent, nécessité de ménager le pôle inférieur, car ce sont les parathyroïdes inférieures qui sont le plus menacées. Se méfier des anomalies.

Examiner d'avance les malades au point de vue spasmophilie ; ce sont eux qui feront les tétanies les plus sévères. Sur 4.000 interventions, 3 malades firent des tétanies. Cette maladie une fois déclarée doit être traitée par l'administration de vitamine D en solutions fortes, données à très forte dose jusqu'à cessation des accidents, en y associant le calcium. Le meilleur médicament est encore le dihydrotachystérol (AT 10) associé au calcium intraveineux. R. C.

MÉDECINE LÉGALE

Rapport sur un projet de loi concernant les délinquants mentalement anormaux, par Barbey, Ceillier, Claude, Delay, Fribourg-Blanc, Hugueney et Heuyer, rapporteur (*Annales de médecine légale*, juillet-août 1944).

Texte in-extenso de l'important rapport présenté à la séance du 11 octobre 1943 de la Société de médecine légale de France. Dans cet intéressant rapport, après le rappel des mesures adoptées en Italie, en Grande-Bretagne et en Belgique, sont analysées et discutées les dispositions de la proposition de loi (1937) de MM. Lisbonne et Camboulive, sénateurs, qui comprend quatre chapitres : I. Observation psychiatrique des inculpés ; II. Placement des délinquants mentalement anormaux ; III. Composition et attributions des commissions de protection sociale ; IV. Etablissements de protection sociale, durée du placement, mise en liberté. Sont ensuite étudiés les organismes auxiliaires de la loi : commission de protection sociale, annexes psychiatriques des prisons, établissements de défense sociale, dispensaires psychiatriques et patronages privés. R. C.

Note sur une voleuse hérédo-syphilitique et sa famille, par M. Laignel-Lavastine (*Société de médecine légale*, séance du 12 juin 1944, *Annales de médecine légale*, juillet-août 1944).

A propos d'une arriérée de 11 ans, voleuse, menteuse, coléreuse, paresseuse, M. Laignel-Lavastine conclut que l'hérédo-syphilis ne doit pas être sous-estimée comme facteur biologique dans le déterminisme des vols, et que cette réaction anti-sociale peut elle-même permettre de dépister l'hérédo-syphilis. R. C.

Pourquoi l'enfant vole, par Georges d'Heucqueville (*Société de médecine légale de France*, séance du 8 mai 1944, *Annales de médecine légale*, mai-juin 1944).

Relatant la plus grande fréquence actuelle du vol chez les mineurs, l'auteur estime que « l'hérédité suffit à rendre compte de la plupart des vols d'enfants », admettant toutefois que l'imprégnation alcoolique « ou tubercu-

leuse » des parents, cause de « fâcheux exemples dans l'éducation quotidienne, amplifie encore la voix du sang ».

Si personne ne songe à nier l'influence de l'hérédité sur les tendances délictueuses ou criminelles, notion couramment admise et à laquelle les faits relatés par l'auteur apporteraient, s'il en était besoin, une confirmation de plus, le fait seul de l'augmentation actuelle considérable des vols d'enfants ne suffit-il pas à démontrer l'importance des causes extérieures ? Il y a entre la première phrase de cette communication et sa conclusion une apparente contradiction. Malheureusement, cette influence des événements et des conditions de vie n'est que trop démontrée par l'épidémie de vols qui sévit actuellement sur le pays tout entier (et pas seulement sur le nôtre). Les mineurs n'en sont qu'un cas particulier et particulièrement regrettable.

René Charpentier.

L'enfant fugueur et voleur aujourd'hui, par Georges d'Heucqueville (*Archives hospitalières*, août 1944).

« N'accusez *jamais* l'époque ou l'occasion : c'est au sein de la famille qu'il faut chercher la tare et l'exemple », conclut M. G. d'Heucqueville après avoir discuté l'influence des erreurs d'éducation, des maladies de l'enfance, des accidents de la naissance, des maladies chroniques des parents, de l'hérédité familiale.

Si l'importance capitale des tares familiales et de l'éducation n'est niée par personne, il n'est pas besoin, pour reconnaitre leur action, d'ignorer ou de sous-estimer celle des autres causes pathologiques ou sociales sans lesquelles beaucoup de prédisposés ne seraient devenus ni fugueurs, ni voleurs, et sous l'influence desquelles le sont devenus des sujets suggestibles ou de caractère plus ou moins faible. En psychiatrie, la recherche sans idée préconçue des éléments étiologiques en montre le plus souvent la multiplicité et l'interférence. Nier l'action de certains de ces éléments parce qu'ils sont moins apparents ou, semble-t-il, moins fréquents, pourrait être aussi préjudiciable à la thérapeutique qu'à la prophylaxie des troubles mentaux et des réactions anti-sociales.

René Charpentier.

Intérêt médico-légal de l'encéphalographie gazeuse dans les démences toxiques (oxyde de carbone et alcoolisme) et les démences traumatiques, par J. Delay, P. Desclaux et J. Maillard (*Annales de médecine légale*, avril-mai-juin 1945).

Dans deux cas de démence toxique, l'encéphalographie a confirmé l'importance des troubles présentés, et dans deux cas de démence traumatique l'existence d'importantes altérations anatomo-physiologiques. Cette méthode, sur la valeur de laquelle M. Fribourg-Blanc a insisté, et qui améliore les symptômes subjectifs des traumatisés du crâne, paraît pouvoir apporter des éléments utiles à l'appréciation du taux d'invalidité des séquelles des traumatismes craniens.

Cette communication confirme l'intérêt de l'encéphalographie gazeuse dans les démences, intérêt déjà démontré dans les démences dégénératives ou encéphaloses, les démences toxi-infectieuses ou encéphalites, la paralysie générale, certains cas frustes de chorée de Huntington.

R. C.

L'expertise médicale autorisant l'interruption de grossesse, par Hans SCHNEIDER, de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 1, 1942).

M. Hans Schneider passe en revue l'opinion des principaux psychiatres au sujet de l'interruption de la grossesse pour cause de troubles mentaux ; il cite particulièrement les points de vue émis en Suisse où le problème connaît un regain d'actualité à cause des dispositions du nouveau Code pénal fédéral, entré en vigueur le 1er janvier 1943.

L'hérédité n'est pas admise pour justifier une interruption de grossesse. Il y a des cas de troubles mentaux qui justifient une interruption de grossesse, mais il ne suffit pas de diagnostiquer une maladie mentale pour conclure à une interruption : il faut encore prouver que le développement de la maladie peut être aggravé par la grossesse et mettre en danger la vie de la femme. Chaque cas particulier demande un examen approfondi qui décidera aussi de l'éventualité d'une stérilisation. Il faut aussi tenir compte du traumatisme tant physique que psychique que peuvent provoquer une interruption de grossesse et la stérilisation.

H. BERSOT.

MÉDECINE SOCIALE

Les médecins et les caisses-maladie, par le Dr F. BIRCHER, Conseiller national (*Médecine et Hygiène*, 15 août 1945).

Seul membre médical du Conseil National Suisse, le Dr F. Bircher, dans ce très intéressant article, s'élève contre une motion présentée en mars 1945 à la session des Chambres fédérales par M. le Conseiller national Schneider.

Après avoir, en termes élevés, défini l'art et la responsabilité du médecin, décrit l'évolution vers l'assurance-maladie et montré les rapports entre la maladie, l'homme et le médecin, les rapports aussi entre la médecine pratique et le développement des sciences techniques, les rapports entre la situation matérielle du médecin et l'encombrement de la profession médicale, les difficultés financières créées aux Caisses-maladie par l'augmentation du nombre des assurés (dont certains ayant des revenus élevés), le Dr F. Bircher apprécie dans les termes suivants une fonctionnarisation éventuelle de la profession médicale :

En Suisse, « la motion Schneider vise à la *fonctionnarisation de la profession médicale*, c'est-à-dire, sous une forme habilement déguisée, à la socialisation de la médecine. Le médecin deviendrait à l'avenir un employé de l'Etat, un fonctionnaire du contrôle médical, dont la tâche consisterait uniquement de veiller à ce que ses patients demeurent, avant tout, en bonne santé, pour être capables de remplir leurs activités économiques et, ensuite, à ce qu'ils guérissent, en cas de maladie, le plus rapidement possible. On devra lui accorder également les bienfaits de la journée de huit heures et des vacances payées. On en viendra probablement à prévoir des services de relève afin que le médecin, la journée de huit heures terminée, n'ait plus à s'inquiéter de ses patients, mais puisse passer la main, comme la sentinelle de garde passe son fusil. On aboutirait ainsi, non plus à la fonctionnarisation de la profession médicale, mais à sa déshumanisation

totale et on viderait complètement l'activité du médecin de ce qui en constitue l'âme. Si l'évolution devait se poursuivre dans ce sens, on ne tarderait pas à voir apparaître, j'en suis convaincu, une corporation de *médecins libres* exerçant leur activité en dehors de la sphère des médecins fonctionnaires et s'inspirant des principes anciens dans lesquels le médecin est apprécié en fonction de son savoir, de sa personnalité et de ses mérites. Ce ne seront sans doute pas les éléments les plus mauvais qui se tourneront alors vers cette activité médicale libre. L'Etat, les cantons et les villes dépensent aujourd'hui de grosses sommes pour la formation des médecins. Qu'adviendra-t-il en ce cas de ceux qui ne seraient pas devenus des fonctionnaires de la médecine ? Qui sera appelé à choisir les médecins jugés dignes d'être désignés par les caisses en qualité de guérisseurs de maladies ? Il ne serait pas difficile de faire ressortir les absurdités et les impossibilités qu'entraînerait une évolution de ce genre, bien qu'il ne soit pas exclu, dans les temps troublés que nous vivons, que de telles impossibilités puissent prendre corps temporairement. Je n'entends nullement contester, du reste, qu'il faut des médecins pour les organisations de l'hygiène publique, pour les tribunaux, pour la lutte contre les épidémies et pour l'élaboration de la politique sanitaire correspondant aux besoins de l'époque. Pour le traitement des malades toutefois, seule la pratique individuelle de la médecine peut entrer en ligne de compte. »

En terminant, le Dr F. Bircher envisage les *réformes* suivantes : « Il va de soi qu'il faudra s'efforcer de diminuer et si possible d'extirper les défauts évidents qui apparaissent aujourd'hui dans le système des assurances, et avant tout dans les caisses-maladie. On y parviendra en libérant les médecins des liens qui subordonnent leur activité à la puissance d'une organisation étrangère, pour ne pas dire hostile, à l'esprit de la médecine et en les libérant de l'emprise de l'Etat. Il faudra, de même, délivrer le médecin du surcroît excessif de travail qu'entraînent pour lui les écritures. Il conviendra de faire en sorte que la décision dépende uniquement, dans les problèmes médicaux, des spécialistes de la médecine. Enfin, il importera d'accorder aux médecins ou à leurs organisations des pouvoirs disciplinaires suffisants pour leur permettre d'intervenir avec toute l'énergie et toute la sévérité indispensables contre les éléments indésirables qui compromettent le bon renom de la profession médicale par leurs méthodes. Je suis convaincu que ces moyens permettront d'atteindre le but. »

« Il est clair que les divers problèmes posés par l'évolution de l'assurance maladie-accidents et par les expériences faites dans ce domaine depuis trente ans bientôt devront être soumis le plus tôt possible à un examen et à une révision. Cela ne pourra pas se faire toutefois par la voie impérative d'une motion. Il y faudra les travaux préparatoires d'experts auxquels devront prendre part tous les milieux intéressés, Etats, médecins, caisses-maladie, spécialistes des assurances, etc., ainsi que je l'ai demandé dans mon postulat. »

R. C.

La position du médecin d'hôpital vis-à-vis des assurances sociales en Suisse, par le Dr Gsell, médecin-chef à St-Gall (Conférence faite aux *Cours de la Veska*, sur « La politique sociale dans les hôpitaux ». *Médecine et Hygiène*, 15 juil. 1945).

Dans son exposé, le Dr Gsell examine la position particulière du médecin de l'hôpital, du double point de vue de ses obligations envers le malade

et envers les assurances. Le malade se confie au médecin de l'hôpital exactement comme au médecin privé. Il s'ensuit que le médecin de l'hôpital est également soumis à l'obligation du *secret professionnel*, prévu par l'article 321 du nouveau code pénal suisse. D'après cet article, la révélation du secret n'est autorisée qu'avec l'assentiment de l'intéressé ou la permission écrite des autorités supérieures, cantonales ou fédérales. Le Dr Malder, secrétaire de l'Association des médecins de Saint-Gall, a écrit en 1943 que le secret professionnel englobe non seulement les observations strictement médicales, mais tout ce que le médecin apprend dans l'exercice de sa profession : les devoirs professionnels, les ennuis financiers, les dissensions familiales.

Le malade désire garder le secret envers les caisses d'assurance, surtout dans le cas de certaines maladies. Le cas est particulièrement délicat à la campagne, où le caissier connaît personnellement l'assuré. Les caisses demandent des renseignements au médecin pour éviter les abus. Pour sauvegarder le secret professionnel, celui-ci est obligé de se limiter à une classification tout à fait générale de la maladie. Quand les caisses réclament des données précises, il n'est pas rare que des conflits éclatent. Dans sa défense, poursuivi par la Caisse-maladie de l'assurance chrétienne-sociale, le Dr Held, de Saint-Gall, insista sur le fait que non seulement la révélation du secret professionnel risque de compromettre gravement la situation de l'assuré, mais encore qu'il est inutile de donner des renseignements détaillés au caissier, car un profane n'est pas à même de juger si tel traitement est entrepris à bon escient, s'il est de trop longue durée ou si son coût est trop élevé.

Les assurances sociales suisses font souvent appel au médecin d'hôpital pour des expertises médicales. Cela entraîne souvent des discussions infinies, et le médecin perd un temps précieux à remplir des formulaires.

Le rôle du médecin d'hôpital devient de plus en plus important. L'hôpital n'est plus exclusivement un refuge pour les malades indigents. Ses installations modernes lui attirent toute une clientèle qui a besoin d'examens spéciaux, trop coûteux en clinique privée. D'autre part, les assurances sociales, sous leur forme actuelle, avec les tracasseries qu'elles comportent, ont provoqué l'apparition d'une nouvelle maladie, point imaginaire celle-là, la « névrose de l'assurance ». Cette maladie exige tout d'abord un changement de milieu, et l'hôpital est tout désigné pour recevoir ce genre d'assurés, qui ont besoin d'une observation suivie et d'un traitement sérieux.

La fuite dans la maladie pour échapper aux soucis de l'existence, aux entraves corporelles et pour affirmer sa personnalité, ainsi que pour protester contre les injustices sociales, a créé, soit la « névrose de l'existence », soit la « névrose de revendications ».

Pour remédier à cet état de choses, le médecin a une activité sociale à exercer. Pour combattre efficacement ces maladies, il faut s'attaquer directement au mal social, qui est l'insécurité du lendemain. Le plan Beveridge représente un apport essentiel pour mettre l'humanité à l'abri du besoin. Ce qu'on demande aujourd'hui au médecin d'hôpital, c'est de contribuer au développement plus rapide d'une vraie assurance sociale, qui mette fin à l'angoisse du lendemain et à tous les désordres, familiaux et sociaux, qu'elle provoque.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 avril 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mai 1946*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 juillet 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Légion d'Honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur :*

M. le professeur Pierre COMBEMALE, Doyen de la Faculté de médecine de Lille, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, *membre titulaire de la Société médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nomination

M. le Dr Devallet est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Blois (Loir-et-Cher).

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le concours sur titres pour 3 places vacantes de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine a été remis au 25 juin 1946. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 8 juin 1946.

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

La *105e réunion de la Société suisse de psychiatrie* qui devait avoir lieu à *Lugano* les 27 et 28 avril 1946 a été reportée aux *25* et *26 mai 1946.*

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Un projet d'interdiction du mariage des malades mentaux en Suisse

Telle est la réponse à une question posée par M. le conseiller national Dietschi, de Bâle, au Conseil fédéral :

« Le Département fédéral de justice et police a étudié la possibilité de rendre plus efficace l'interdiction légale du mariage des personnes atteintes de maladies mentales. Il a consulté une commission d'experts instituée par l'Office fédéral des assurances sociales. Un projet d'ordonnance sur l'interdiction du mariage des personnes incapables de discernement ou atteintes de maladies mentales a été établi, mais il reste à examiner si le Conseil fédéral a la compétence et, par conséquent, les moyens d'assurer l'application de l'article 97 du code civil. Le Conseil fédéral espère être bientôt en mesure de répondre affirmativement à cette question. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour l'année 1947

Parmi les prix proposés par l'Académie de médecine pour l'année 1947, signalons les suivants.

Les concours pour ces prix seront clos fin février 1947.

Prix Apostoli. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.000 francs). — Au meilleur ouvrage fait dans l'année sur l'électrothérapie.

Prix du Dr Burgkly. — Anonymat facultatif. — (900 francs). — Destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'histoire de la médecine.

Prix Civrieux. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.000 francs). — Question à poser : *La valeur de la séméiologie mentale des tumeurs cérébrales.*

Prix Clarens. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (500 francs). — A l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

Prix de Mme Dragovitch. — Partage autorisé. — (2.000 francs). — Destiné à récompenser un travail sur les maladies mentales.

Prix Falret. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.500 francs). — Question à poser : *Sur les troubles psychiques observés chez les déportés en Allemagne.*

Prix du Dr Paul Guillaumet. — Anonymat interdit, partage interdit. — (1.500 francs). — Au meilleur travail relatif à l'hygiène de l'enfance.

Prix Catherine Hadot. — Partage autorisé. — (3.600 francs). — Au meilleur des ouvrages français sur les maladies ci-après et leur traitement ou guérison (......, épilepsie...).

Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif, partage interdit. — (3.000 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (400 fr.). — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Mège. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.500 francs). — Question à poser : *Etude physiologique des zones épileptogènes.*

Prix Vernois. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (800 francs). — Attribué au meilleur travail sur l'hygiène.

Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, en double exemplaire, *avant le 1er mars* de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés. Les concours pour les prix indiqués ci-dessus seront clos fin février 1947.

Les *prix* seuls donnent droit au titre de *lauréat de l'Académie de médecine ;* les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : 367
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 72.923. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

Tome I. — N° 5 Mai 1946

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA RADIOTHÉRAPIE DIENCÉPHALIQUE EN PSYCHIATRIE

PAR

P. GUIRAUD, G. MARIAGE et J. MORICE

Depuis une dizaine d'années, les thérapeutiques de choc par l'insuline, le cardiazol et l'électro-choc ont transformé l'évolution des psychopathies dysthymiques (manie, mélancolie, syndromes schizophréniques). Ces méthodes agissent soit sur l'ensemble de l'organisme, soit sur le système nerveux tout entier, comme on peut le constater en pratiquant l'électro-choc sur un animal dont le cerveau a été mis à nu. Elles comportent un certain nombre d'inconvénients et d'accidents.

Nous nous sommes demandé si on ne pourrait pas trouver un nouveau procédé qui agirait directement et exclusivement sur les régions de l'encéphale, dont le fonctionnement pathologique paraît être la cause des syndromes dysthymiques, à savoir le tuber et les centres diencéphaliques voisins. Cette notion que le diencéphale joue un rôle capital dans les psychoses, déjà ancienne théoriquement, a reçu une confirmation à la suite de nombreux syndromes psychopathiques observés au cours de l'épidémie d'encéphalite léthargique, à la fin de la guerre de 1914. Dès 1920, elle a été soutenue par de nombreux auteurs et en particulier en France

par Dide et Guiraud. Actuellement, elle se répand de plus en plus et tend à devenir classique, surtout à la suite de l'expérimentation sur les animaux et des enseignements de la neurochirurgie (1).

Dans l'ensemble, on tend à admettre que l'excitation de la partie antérieure du tuber provoque des états maniaques allant de la simple hypomanie à la « fausse-rage » (sham-rage des Américains), tandis que la mise en activité de la région postérieure par lésion voisine ou autrement provoque la torpeur, l'indifférence, l'amnésie de fixation, la fabulation avec état oniroïde. Nous avons pensé que la radiothérapie pénétrante à doses non destructives pourrait nous fournir une solution du problème thérapeutique d'action directe sur les centres diencéphalo-tubériens.

Les indications bibliographiques sur l'action favorable de la radiothérapie sur certains troubles mentaux sont rares. En 1929, Le Grand et Belle (2) ont publié l'observation d'un état mélancolique chez un sujet présentant des symptômes de la série hypophysaire, guéri par la radiothérapie. Chez ce malade, de haute taille et d'aspect acromégaloïde, l'examen radiographique montrait l'existence d'une petite formation de densité osseuse au-dessus des clinoïdes antérieures et une grande ouverture de la selle turcique. A propos de cette observation, les auteurs posent la question de l'existence de centres psychiques extra-corticaux et de la part réciproque de l'hypophyse et des centres nerveux voisins dans l'apparition des symptômes dits hypophysaires.

En 1930, les mêmes auteurs (3) traitent avec succès, par l'irradiation de la région hypophysaire, un cas d'adiposité avec troubles mentaux à type d'arriération mentale.

En 1930 également, J.-A. Huet et A. Sobel (4) présentent une note sur l'irradiation de la région hypophyso-thalamique. Ils soignent ainsi des troubles gastro-intestinaux et quatre cas d'hydrorrhée nasale. Ils estiment que l'irradiation agit sur les centres végétatifs du tuber qui règlent le métabolisme de l'eau

(1) P. Guiraud. — Le rôle du IIIe ventricule dans le psychisme. *Ann. méd.-psych.*, avril 1944, t. I, n° 4, p. 392 et juillet 1944, t. II, p. 170.

(2) Le Grand et Belle. — Etat mélancolique chez un sujet présentant des symptômes de la série hypophysaire ; traitement radiothérapique ; guérison. *Journal des sciences médicales*, Lille, 17 novembre 1919, p. 395.

(3) Le Grand et Belle. — Troubles mentaux et adiposité traités avec succès par l'irradiation de la région hypophysaire. *Journal des sciences médicales*, Lille, 1930.

(4) J.-A. Huet et A. Sobel. — Note sur l'irradiation Roentgen de la région hypophyso-thalamique. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de France*, 1930, p. 306.

et des hydrates de carbone. En 1931, Huet (1) abandonne cette hypothèse pour penser à une action sur les plexus choroïdes. Irradiant la région hypophysaire, il traite trois syndromes adiposo-génitaux avec amélioration simultanée de l'adipose et des troubles psychiques.

Dans toutes ces tentatives, les troubles mentaux sont traités accessoirement comme simples corollaires du syndrome hypophysaire. En l'absence de ce dernier, on ne semble pas estimer qu'il y ait une indication suffisante pour utiliser la radiothérapie contre les troubles mentaux. Il est curieux de constater que l'adiposité est considérée actuellement comme un symptôme non hypophysaire, mais d'origine directement nerveuse, comme le montrent les recherches expérimentales chez les animaux, en particulier sur le singe (2). Les auteurs qui ont obtenu des résultats dans le syndrome dit adiposo-génital associé ou non à des troubles mentaux, ont activé en réalité non l'hypophyse, mais le diencéphale.

Dans les recherches dont nous exposons aujourd'hui le détail, partis de considérations théoriques sur la localisation des psychoses dysthymiques, nous avons cherché systématiquement à améliorer des syndromes purement mentaux avec ou sans concomitances somatiques.

Bien entendu, nous avons procédé avec beaucoup de prudence et utilisé seulement des doses non destructives pour les cellules nerveuses, dont on connaît d'ailleurs la radiorésistance. Nous avons fait ce que Langeron et Desplats appellent de la radiothérapie fonctionnelle (3). Ne recherchant que « des modifications de fonction », des changements humoraux ou métaboliques, des perturbations vaso-motrices, Langeron et Desplats croient agir sur les cellules glandulaires et les cellules nerveuses et en particulier sur le système végétatif. Les modifications sont de sens variable suivant la dose utilisée et le degré d'excitabilité du système végétatif. Il s'agit, en somme, d'une régularisation fonctionnelle.

Il n'y a aucune raison pour que les effets favorables obtenus

(1) J.-A. Huet. — Nouvelles observations des effets de la radiothérapie de la région hypophyso-thalamique. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. de France*, 1931, p. 450.

(2) J.-F. Fulton. — Physiology of the nervous system. *Oxford University Press*, 2e édition, 1943, p. 237.

(3) Langeron et Desplats. — *La radiothérapie fonctionnelle sympathique et glandulaire*, 1 vol., 148 p., G. Doin édit., Paris.

sur les ganglions végétatifs viscéraux ne soient pas également constatés sur les centres végétatifs diencéphaliques.

Nous avons employé la *technique* suivante :

Tension 200 kilovolts ; intensité 12 milliampères, distance 40 centimètres, filtration 1 cuivre, 2 aluminiums. Nous agissons sur un petit champ de 3 centimètres sur 3 centimètres, centré sur une zone située à 3 centimètres au-dessus du milieu de la ligne qui va de l'angle externe de l'œil à l'orifice auditif externe. Nous irradions par séance un seul champ droit ou gauche à la dose de 100 r. A la séance suivante, nous irradions à la même dose le champ du côté opposé. Les séances ont lieu deux fois par semaine. Nous faisons en tout, suivant les réactions du malade, de quatre à six séances, soit comme dose totale de 400 r. à 600 r. On voit combien les doses sont modérées, mais la suite de l'exposé montrera que nous n'avons pas eu tort.

Nous sommes restés fidèles à notre méthode générale qui consiste à compléter les diverses thérapeutiques générales (insuline, injection intra-rachidienne d'air, radiothérapie) par une courte série d'électro-chocs. Après la radiothérapie, nous en pratiquons de deux à six, obtenus avec des doses beaucoup plus faibles que normalement et nous contentant même souvent à de simples absences. C'est dire qu'il ne faut pas attribuer à l'électro-choc les résultats que nous revendiquons pour la radiothérapie. Nous croyons que l'électro-choc ne fait que compléter la radiothérapie. Si l'on veut exposer la question sous une autre face, on peut dire que la radiothérapie prépare très efficacement le malade au succès de l'électro-choc.

Parfois, suivant les indications, nous employons avec succès des médicaments chimiques ou hormonaux, en particulier l'ortédrine dans les états de torpeur résiduels, et le lutogyl dans les cas où l'hyperfolliculinémie est soupçonnée.

Dans ce premier article, nous apportons une série de 19 cas. Dès que le nombre d'observations est un peu considérable, on est tenté, comme beaucoup l'ont fait pour les statistiques sur l'insulinothérapie, de se contenter de grouper les malades en des rubriques nosographiques. Mais introduire un malade dans un cadre nosographique, sans autre précision, lui ôte toute individualité et néglige des symptômes d'importance essentielle. Nous faisons beaucoup moins souvent que la plupart des psychiatres le diagnostic de schizophrénie ; au moins 1/3 des malades rangés par nous dans la psychose maniaque dépressive seraient considérés par d'autres comme des schizophrènes.

I. Psychose maniaque-dépressive

Nous avons traité neuf malades entrant dans cette catégorie. Nous ne croyons pas que la psychose maniaque-dépressive soit nécessairement une psychose endogène, beaucoup d'accès sont à notre avis déclenchés par des causes fortuites : troubles endocriniens, puerpéralité, infections, chocs émotifs. L'élément vraiment constitutionnel est la tendance à des anomalies prolongées de l'humeur et de l'activité mentale, sous des influences diverses.

Observation 1. — S. Z., 45 ans, Israélite, mari déporté, non revenu, caractère inquiet mais pas d'accès antérieur. Entrée le 21 mai 1944. Anxiété, demi-mutisme, opposition, craintes imaginaires, refus d'aliments, amaigrissement, anémie, hypotension. Après amélioration physique et retour à une bonne alimentation, 12 électro-chocs terminés le 5 septembre 1944. Amélioration nette, reste 15 jours normale en apparence. Rechute, anxiété, agitation, puis inertie et dépression. Nouvelle série de 12 électro-chocs terminés le 7 juillet 1945. Hypomanie pendant quelques jours, puis retour rapide à l'état mélancolique. En novembre 1945, 6 électro-chocs sans résultat, même état mélancolique.

Du 29 décembre 1945 au 16 janvier 1946, six séances de radiothérapie. *En revenant de la sixième séance,* gaîté excessive, grands *accès de rire, fait le tour de la salle en gesticulant, puis s'endort.* Le lendemain très améliorée, revient presque à l'état normal ; 4 électro-chocs, deux crises et deux absences. L'amélioration progresse. Malade à comportement normal, physiquement transformée, aimable et gaie. Jusqu'au 19 février, semble complètement guérie. Mais, à cette date, nouvel accès d'anxiété mélancolique. Deux séances de radiothérapie, le 13 et le 16 février. Disparition de l'anxiété mais somnolence et inertie ; 3 électro-chocs sans changement, ortédrine, un puis deux comprimés. Le 5 avril, retour à l'état normal, suppression de l'ortédrine. Le 18 avril, dépression.

Observation 2. — P. S., 39 ans. Court accès dépressif en 1942, après un accouchement. Etat dépressif actuel ayant débuté il y a un an, récemment aggravé. Deux tentatives de suicide, dont une par submersion avec son enfant. Nombreuses hallucinations, idées de persécution, d'influence, de mission sociale. Entrée le 20 octobre 1945 : 8 électro-chocs sans résultat à partir du 12 novembre 1945. Fièvre, petit abcès pulmonaire révélé par la radiographie, guérison un mois après. Reste mélancolique, thèmes délirants multiples. Langage précieux. Serait considérée comme une schizophrène par beaucoup de psychiatres.

Du 1er au 20 mars, six séances de radiothérapie. Immédiatement *après la troisième séance, phase brève d'hypomanie, plaisante, jette ses biscuits : « Je voulais m'amuser, dit-elle. »* Après la sixième séance : *somnolence, ralentissement moteur, euphorie béate,* « Je me sens

transformée, mais je ne puis expliquer comment. » Pas d'électro-choc à cause de l'abcès pulmonaire. Disparition de l'état mélancolique, mais préoccupations sociales et littéraires. Attitude d'euphorie câline, Transfert affectif.

OBSERVATION 3. — M. J., 18 ans. Le 24 septembre 1945, date où elle devait avoir ses règles, excitation brusque, pas de règles ; le 29, agitation violente, fièvre élevée, 40° ; 10 électro-chocs, trois par semaine. Depuis cette époque, a fait tous les 28 ou 30 jours sept accès d'excitation violente de 12 à 15 jours. Règles supprimées. Hyperfolliculémie probable, seins volumineux.

Trois séances de radiothérapie, traitée par le lutogyl 10, quatre injections à partir du 12[e] jour du cycle. Réapparition légère des règles dès la première série de lutogyl. Actuellement, traitement purement hormonal. Cette observation, qui sera publiée en détail, est rapportée seulement pour faire un exposé complet de toutes les malades traitées par radiothérapie.

OBSERVATION 4. — F. S., 20 ans. Au début d'octobre 1945. état dépressif, désir de mourir. Le 24 novembre, agitation brusque et violente, cris, déclamations, fuite des idées, humeur hostile et excitée, fausses reconnaissances, fièvre légère.

Du 19 décembre 1945 au 2 janvier 1946, six séances de radiothérapie. Après la cinquième séance, atténuation de l'agitation *après la sixième somnolence.* Reprise de l'agitation trois jours après. Electro-chocs à partir du 17 janvier 1946 : deux crises, trois absences. Persistance de l'agitation ; transférée le 9 février 1946. Très améliorée à ce moment, calme, aimable. Mais, d'après les renseignements, l'agitation a repris.

OBSERVATION 5. — D. H., 21 ans. Accès dépressif d'une durée de trois mois, en 1941. Au début d'août 1945, accès maniaque. Agitation motrice extrême jour et nuit, sputation. Inhibition psychique, hostilité, autisme morose, irritabilité.

Cet état reste inchangé jusqu'au 28 septembre, où l'on commence la radiothérapie. Après la quatrième séance, calme, réponses adéquates. *Après la sixième séance, somnolence.* Très améliorée. Du 17 octobre au 19 novembre 1945, 6 électro-chocs avec 2 crises et 4 absences. L'amélioration progresse avec cependant quelques heures d'agitation de temps en temps. A partir du 14 novembre, considérée comme guérie ; observation pendant encore un mois, *sortie le 21 décembre 1945 en très bon état physique et mental.*

OBSERVATION 6. — W. R., 19 ans. Fonds de débilité mentale. A 15 ans, premier accès maniaque d'une durée de trois mois ; second accès l'année suivante, en 1942, quatre mois ; traitée par l'électro-

choc. Troisième accès au début de mars 1945. Agitation progressive, érotisme, cris, chants, fuite des idées.

Fièvre élevée, 39°, qui ne dure que quelques jours.

En mai, série de 12 électro-chocs sans résultat appréciable.

Les mois suivants, se calme progressivement. Aspect et comportement d'une débile. En septembre, apparition rapide d'adipose, la malade engraisse de 30 kg. en 7 mois ; c'est un nouveau cas d'adipose post-maniaque, dont Guiraud a déjà publié deux observations. Selle turcique normale, sang normal, toutes réactions négatives.

Radiothérapie de la région hypophysaire, 120 r. par séance, six séances. La malade perd quatre kg. en un mois. L'accès maniaque était déjà terminé quand la radiothérapie a été instituée.

Observation 7. — F. R., 45 ans, deux internements en 1939 pour un accès mélancolique prolongé. Entrée le 30 septembre 1945, à la suite d'une tentative de suicide. Anxiété, auto-accusation, tendance au délire de négation. A partir du 13 octobre, 10 électro-chocs, amélioration puis rechute rapide au cours du traitement. Subanxiété, inertie, demi-mutisme.

Radiothérapie à partir du 27 février 1946, quatre séances. Arrêt du traitement à cause d'une opération chirurgicale pour prolapsus utérin. *Amélioration. Transformation de la physionomie,* activité relative, mais persistance d'inhibition et de tristesse. Sera traitée par l'électro-choc à son retour de la chirurgie.

Observation 8. — D. L., 38 ans. Court accès dépressif en 1940. Entrée le 11 novembre 1945. Etat dépressif avec syndrome hallucinatoire, idées de persécution et de jalousie, tentative de suicide, 12 électro-chocs à partir du 8 décembre 1945 ; au cours du traitement, *transformation de l'état mélancolique en état hypomaniaque.* Période de calme relatif au début de février. Le 20 février, apparition d'un nouvel état anxieux.

Radiothérapie du 27 février au 16 mars. Amélioration progressive à partir de la quatrième séance, cinq électro-chocs avec quatre absences à partir du 25 mars. *Disparition de l'état mélancolique,* calme, souriante, se lève, travaille. Maintenue en observation en vue de sortie.

Observation 9. — G. E., 34 ans. En 1942, quinze jours après un accouchement, psychose puerpérale ayant duré un mois. Début actuel en décembre 1944.

Entrée le 20 janvier 1945. Agitation motrice extrême, improductivité psychique. Avant son entrée, idées délirantes de persécution et d'influence. 12 électro-chocs en février-mars 1945. Persistance de l'agitation extrême avec pauvreté idéique. Le 10 octobre 1945, injection d'air par voie lombaire. Apparition des règles le lendemain. Deux électro-chocs. Amélioration transitoire. Nouvelle insufflation en décembre. Torpeur, désintérêt, inertie, gâtisme.

A partir du 13 février 1946, six séances de radiothérapie. A partir de la quatrième séance, plus éveillée, dit quelques mots, intérêt à l'entourage ; quatre électro-chocs, dont deux absences. Amélioration progressive ; ortédrine, deux comprimés. *Amélioration, malade aimable, transformation de la physionomie.* Persistance d'inhibition psychique et de bradypsychie.

II. Syndromes hébéphréniques aigus

Même en restant fidèles à notre conception de l'hébéphrénie dont l'extension est beaucoup plus étroite que celle de la schizophrénie, nous sommes obligés à une distinction entre les syndromes aigus et les syndromes à évolution lentement progressive, qui sont bien plus graves et plus rebelles à la thérapeutique.

Observation 10. — M. J., 19 ans. En juin 1944, adipose, aménorrhée. Préoccupée de grossir, se destinant au théâtre. Début de l'agitation le 20 avril. Entrée le 10 mai. Agitation extrême, opposition, érotisme, incohérence, se croit transformée en homme. Rires, grimaces. Réactions violentes. Mutisme. Fièvre transitoire. 14 électro-chocs du 19 juillet au 8 septembre 1945. Pas d'amélioration. De plus en plus agitée, incohérente, gâteuse.

Six séances de radiothérapie du 1er octobre 1945 au 16 octobre 1945. Anesthésie au rectanol nécessaire pour les premières séances. *Apparition des règles après la quatrième,* plus calme ; *après la quatrième séance, sans calmants, somnolence,* plus calme. Le 17 octobre 1945, électro-chocs, quatre en tout ; trois jours après le dernier (8 novembre 1945) retour rapide à la lucidité. Raconte que, pendant sa maladie, elle entendait de la « musique très bien jouée », se voyait à Budapest tout en sachant qu'elle était à Ste-Anne. Croyait assister à des pièces de théâtre. Ne savait pas si elle était vraiment une femme ou un homme. Croyait souvent être le roi Carol de Roumanie. Elle déclare qu'*elle se sentait mieux après chaque séance de radiothérapie.* Est maintenue pendant un mois en observation. *Sortie le 15 décembre 1945.* Revue deux mois après en parfait état physique et mental.

Observation 11. — T. H., 19 ans. Aurait eu, en septembre, un rhumatisme de nature indéterminée, mais sans fièvre. Début le 4 octobre : rires, pleurs, loquacité. Entrée le 13 octobre 1945. Agitation, grimaces, fièvre légère. Bientôt apparaissent : catalepsie, maniérisme, négativisme, troubles de la mimique, barrage et inhibition psychique ; le 17 octobre 1945, éruption rubéoliforme durant cinq ou six jours. A partir du 12 novembre 1945, 10 électro-chocs. Amélioration durant quatre jours après le troisième, rechute au cours de la série. Agitation, incohérence. Même état le 27 décembre. « J'ai eu une peur froide. Si tous les gens se mélangeaient ensemble, il arriverait ce qui

arriverait. La déficience physique aux soins costinal des costauds, etc... »

Quatre séances de radiothérapie du 29 décembre 1945 au 9 janvier 1946. Amélioration progressive au cours des séances qui ne sont suivies ni par de l'excitation, ni par de la somnolence. *Guérison.*

La malade devient aimable, gaie, transformée physiquement. Elle déclare n'avoir que des souvenirs imprécis du début de sa maladie, particulièrement de la période hébéphréno-catatonique. Observée pendant un mois. *Sortie en parfait état.*

Observation 12. — B. J., 19 ans. Début par asthénie, douleurs vagues, amaigrissement important. Agitation désordonnée, accès anxieux, idées de persécution, d'influence, d'hypocondrie. Entre le 10 janvier 1946. Diagnostic hébéphrénie. Sentiment d'étrangeté intérieure avec incapacité de penser librement. Fusion d'idées. Influences néfastes s'exerçant sur elle. Sentiment de culpabilité, crie qu'elle est responsable des souffrances de tous les malades.

Radiothérapie le 19 janvier, quatre séances. Au retour de la quatrième (30 janvier), *gaîté anormale, chante, siffle, rit.* Plus lucide. Exposé interminable d'un voyage puis aveu qu'à l'endroit où elle se rendait elle avait subi des agressions sexuelles à l'âge de 6 ans et surtout de 9 ans de la part d'un garçon de 14 ans : « Chair humaine, sang humain, j'en ai trop à dire. » En décembre 1945, dit-elle, se sent attirée vers un homme qui travaille avec elle. Attraction et dégoût provoqué par les souvenirs anciens. L'état maniaque s'aggrave en quelques jours : agitation forcenée pendant plus de quinze jours. Grimaces, révulsion oculaire, réflexes vifs et polycinétiques, clonus du pied bilatéral s'épuisant rapidement. Fièvre 38°6, puis à 38° pendant une huitaine de jours ; on craint l'apparition d'un délire aigu. Mais la malade boit très bien. Azotémie 0,35 et 0,60. Pendant cette période, langage incohérent ; état oniroïde ; son père, qui s'appelle Alexandre, est le roi de Macédoine, elle princesse ; afflux de souvenirs antiques. Fausses reconnaissances plus de type maniaque que confusionnel. Quinze jours après, évolution vers l'hypomanie ; la mimique devient très expressive et gaie, danse avec les infirmières, plaisante, sort très amaigrie de cette période, quoique s'étant toujours bien alimentée ; le 7 mars, électro-choc à 25 (appareil n° 2, de Lapipe et Rondepierre) ; crise violente, vomissements dans l'après-midi. Le 18 mars, absence à 20, le 21 mars et le 23 mars, crises à 20, le 27, absence. Le 30 mars et le 3 avril, crises à 25 et 30. Amélioration rapide physique et mentale. Arrêt des électro-chocs. Malade parfaitement lucide, calme, excellent appétit, reprend rapidement du poids. Explique qu'elle avait revu le jeune homme coupable de l'agression sexuelle signalée plus haut. Sentiment de honte, de regret. Peur d'être enceinte, quoiqu'elle sut bien que c'était impossible.

La malade paraît *actuellement complètement guérie.* Est encore maintenue en observation. *Sortie le 28 avril.*

III. Hébéphrénie a évolution lentement progressive

Observation 13. — L. P., 19 ans. Hébéphrénie délirante. Début lentement progressif. Repliement, autisme. Délire érotomaniaque, avec tentative de suicide mal motivée. Entrée le 1er octobre 1945. Caractère anormal dès l'enfance. Mère remariée, hostilité familiale, recueillie par sa grand'mère, caractère plutôt triste. Disparition rapide du syndrome érotomaniaque. Alternatives très irrégulières d'excitation violente et de calme aimable. Résistance, réactions vives à la moindre contrariété, lutte avec les infirmières, on est obligé de la maintenir. Occupations stériles, lecture de catalogues, futilités. Pas de relations amicales avec les autres malades ou le personnel. Plus tranquille quand elle est isolée dans une chambre. Persistance continuelle de la lucidité depuis son entrée, mais fausses reconnaissances ; préoccupée par le sens de certains termes tels que Pax ou anarchie, n'est pas satisfaite par les explications qu'on lui en donne. Vagues idées de grandeur, déclare parfois qu'elle est au-dessus de de Gaulle ou de Hitler. Début de la radiothérapie le 29 novembre 1945. Quatre séances, pas de modification sensible, tantôt agitée, tantôt triste et autiste ; à partir du 10 décembre 1945, 7 électro-chocs sans effet.

Cette malade entre dans le cadre de l'héboïdophrénie compliquée d'un épisode délirant.

Observation 14. — H. H., 39 ans. Entrée le 19 juillet 1945. Hébéphrénie datant d'au moins 5 ans. Demi-stupeur, mutisme, refus partiel d'aliments. Attention volontaire impossible à fixer, énumère à voix basse les divers objets qu'elle remarque. Très amaigrie à son entrée ; on est obligé de la faire manger ; stéréotypies, gâtisme. Quand la malade a repris un poids suffisant, série de 10 électro-chocs sans aucun résultat, du 24 octobre 1945 au 1er décembre 1945.

A partir du 4 décembre 1945, quatre séances de radiothérapie. *Après la quatrième séance, à l'inertie antérieure succède de l'agitation*, crie souvent la nuit, s'alimente mieux. A partir du 8 janvier 1946, huit électro-chocs sans modification, la malade restant plutôt agitée.

Observation 15. — M. A., 19 ans. Entrée le 27 octobre 1945. Hébéphrénie datant d'au moins deux ans, traitée par l'électro-choc et l'insuline, au Val-de-Grâce, en 1944. Désintérêt, inactivité, demi-mutisme, troubles du cours de la pensée. Episodes délirants avec agitation et langage incohérent.

Radiothérapie commencée le 21 novembre 1945, quatre séances, dix électro-chocs consécutifs. Alternatives d'inertie, d'agitation, de délire comme auparavant, Pas de modification appréciable.

Observation 16. — D. G., 35 ans. Internée depuis 1938. Entrée dans le service en 1940. Forme intermittente d'hébéphrénie entretenue par des périodes d'excitation au moment des règles. Hyperfolliculiné-

mie probable. Améliorée par le lutogyl. Phases d'excitation avec humeur hostile, logorrhée incohérente, idées délirantes hypocondriaques : n'a pas de cervelet, n'a qu'un demi-cerveau, n'a pas de poumons et on a dû lui faire un pneumothorax à son insu. Ces idées délirantes sont, en grande partie, rectifiées pendant les périodes de calme.

Depuis son entrée, en partie sous l'influence du lutogyl, s'est nettement améliorée. A eu une permission de quelques jours, mais s'est agitée au moment de ses règles.

Six séances de radiothérapie terminées le 27 novembre 1946. A partir de la troisième séance, la malade explique qu'*elle sent une modification indéfinissable*, reste somnolente, mais dans un état plutôt agréable. Pas d'électro-chocs dont la malade — déjà traitée par le cardiazol — éprouve une véritable terreur. *Nette amélioration*. Humeur égale. Activité continue, mais donne l'impression d'être déjà habituée à l'internement, qui dure depuis plus de six ans. Très calme pendant une permission de cinq jours. Sortie envisagée.

IV. Psychoses puerpérales

On sait que nous réservons ce terme aux psychoses d'origine hormonale *post-partum* avec suppression prolongée des règles.

Observation 17. — G. J., 21 ans. Entrée le 7 août 1944. Confusion mentale à l'entrée. Délire oniroïde avec hallucinations auditives. Mission mystique. Mutisme, opposition ; discordance, inaffectivité familiale. Pas d'amélioration par l'opothérapie, l'électro-choc. Amélioration seulement transitoire à la suite d'une injection d'air par voie lombaire.

Quatre séances de radiothérapie du 6 au 20 février. *Agitation consécutive*, puis retour à l'état habituel.

Observation 18. — C. F. Entre le 11 novembre 1945. Accès dépressif avant son mariage. Première psychose puerpérale traitée dans le service, du 6 avril 1939 au 31 juillet 1939. Guérison. Deuxième psychose puerpérale traitée du 17 octobre 1940 au 2 février 1941. Guérison. Troisième psychose puerpérale du 4 octobre 1944. Sortie le 10 décembre 1944, rechute 9 jours après ; sortie le 29 octobre 1945, rechute 11 jours après. En somme, la troisième psychose puerpérale se prolonge depuis le 4 octobre 1944, sous forme d'états dépressifs récidivants, avec hallucinations auditives épisodiques. Teinte bronzée des téguments pendant les périodes dépressives.

Le 7 décembre 1945, radiothérapie, quatre séances, suivies de deux électro-absences. *Amélioration rapide, puis guérison*. Ni excitation, ni dépression au cours du traitement. *Sortie* en excellent état physique et mental le 11 novembre 1946. Revue un mois après en excellent état.

V. Paralysie générale

Observation 19. — E. L., 40 ans. Entrée le 29 juillet 1945. Paralysie générale à forme excitée. Toutes réactions positives. Malaria, stovarsol. Persistance de l'excitation mentale et de l'érotisme. Récupération des fonctions intellectuelles et élémentaires. Six électro-chocs sans amélioration. Six électro-chocs deux mois après, pas de modification. Le 25 novembre 1946, toutes réactions négatives dans le sang et le liquide.

Radiothérapie, six séances, à partir du 6 mars 1946. Se sent améliorée à chaque séance. Aucune réaction d'excitation ou de somnolence. Deux électro-absences. *Amélioration nette,* reste euphorique, avec légère atteinte de l'auto-critique, mais disparition de l'érotisme et de la satisfaction excessive. La dysarthrie, qui avait disparu avant le traitement, s'est nettement aggravée.

Les résultats obtenus sont d'appréciation assez délicate. L'évolution des syndromes mentaux surtout récents est souvent bien difficile à pronostiquer. Ils guérissent parfois spontanément, même quand ils présentent des signes de mauvais augure.

Cependant, un élément caractéristique doit être mis en relief : c'est la guérison ou l'amélioration durable ou transitoire s'amorçant juste à la fin du traitement et s'effectuant rapidement (obs. 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 19). L'électro-choc seul, resté dans la plupart des cas inefficace antérieurement, ne peut pas être la cause exclusive de l'amélioration ou de la guérison. Quelquefois, il n'a pas été pratiqué ; d'autres fois, il s'est borné à deux ou trois absences ; jamais, il n'a été réitéré plus de cinq ou six fois, même en tenant compte des absences. Nous avons préféré obtenir le maximum de bons résultats, plutôt que d'avoir des renseignements précis sur l'action de la radiothérapie isolée.

Un autre élément nous permet cependant d'affirmer l'efficacité de cette radiothérapie isolée. Ce sont les modifications observées immédiatement après les séances, surtout à partir de la 4e. Nous avons constaté : 1° la sensation subjective d'une transformation psychique indéfinissable (obs. 2, 16, 19) ; 2° l'apparition de torpeur somnolente, surtout chez les maniaques (obs. 2, 4, 5, 10) ; 3° la transformation immédiate d'un état mélancolique en état hypomaniaque ou maniaque (obs. 1, 2, *12*, 14, 17). Soulignons spécialement l'observation 12, chez laquelle nous avons craint pendant plusieurs jours l'apparition d'un délire aigu. D'autres malades se sont améliorées ou ont guéri rapidement sans aucune oscillation. C'est dire que la sensibilité des malades à la radio-

thérapie est particulièrement variable. Nous croyons qu'il faut être très prudent dans les cas récents et aigus avec agitation anxieuse. Si nous n'avons pas eu plus d'alertes, c'est que sans doute la plupart de nos malades étaient déjà loin du début. A l'avenir, quand nous traiterons une aiguë, nous nous proposons d'employer des doses régressives à partir de la 3[e] ou 4[e] séance et de faire par exemple 50 r. au lieu de 100. Inversement, nous croyons que pour des malades plus anciennes nous avons été trop modérés et que nous aurions dû augmenter les doses ou les séances. La prudence était évidemment nécessaire pour un premier essai.

Le domaine des indications neuro-psychiatriques de la radiothérapie nécessitera beaucoup de recherches et de tâtonnements. Nous commençons à étudier son action sur les états dépressifs légers, auxquels on n'ose pas avec raison appliquer l'électro-choc, malgré les demandes des intéressés, de leur famille et quelquefois de leur médecin. Là encore, il sera assez délicat de préciser la dose utile.

Outre son action thérapeutique, la radiothérapie diencéphalique nous apporte un intéressant enseignement théorique. L'inversion thymique fréquente, immédiate montre le rôle important que joue la région du tuber et les formations diencéphaliques du voisinage dans les psychoses dysthymiques. C'est un argument de plus pour restreindre le rôle de la corticalité dans les troubles de l'instinct et de l'affectivité.

Les thérapeutiques modernes, telles que l'insuline et l'électrochoc, sont d'une efficacité indiscutable, mais leurs indications respectives, compte tenu des accidents possibles, restent encore à fixer. En réalité, ce sont non des méthodes à employer isolément, mais des procédés thérapeutiques qui peuvent être combinés ou employés successivement. D'après nos premiers essais, nous croyons que la radiothérapie diencéphalique pourra sans doute compléter notre arsenal thérapeutique, qui s'est si heureusement enrichi depuis quelques années.

LA MAUVAISE CONSCIENCE EN PATHOLOGIE MENTALE ? « SURMOI » FREUDIEN OU CONSCIENCE MORALE ?

PAR

PAUL COSSA (de Nice)

Il fut un temps — avant la réforme de Pinel qui remonte à la fin du XVIIIe siècle — où l'on voyait dans la folie la conséquence du péché. Et de bonnes âmes n'hésitaient pas à rosser et enchaîner les aliénés : leur faire expier leurs fautes, n'était-ce pas le meilleur moyen de les guérir ?

La réaction contre cette interprétation pathogénique fut vive, si vive et durable que l'on peut ouvrir tous les livres modernes de psychiatrie — y compris le mien — dans les chapitres consacrés à l'étiologie, on ne trouvera *rien*, absolument rien sur le rôle que peuvent jouer les violations de la conscience morale dans la genèse des maladies mentales.

Un livre récent vient de tout remettre en question. M. Henri Baruk, médecin de Charenton, lorsqu'il a pris possession de son service, l'a trouvé en anarchie complète : les infirmiers vendaient de l'alcool aux malades et faisaient payer les moindres adoucissements à la discipline. Les malades vivaient en état de révolte permanente, et M. Baruk fut grièvement blessé par l'un d'eux dans les premières semaines de son activité. Il s'attacha alors à faire régner dans son service une équité stricte. L'atmosphère s'en trouva rapidement transformée. La preuve était faite que, même chez des malades profonds, de grands délirants, la conscience morale survit, au moins sous sa forme la plus simple : le sens de la justice distributive. La conscience morale, le sens du bien et du mal, apparaissaient donc indépendants, au moins

dans une certaine mesure, de l'état des fonctions intellectuelles. M. Baruk — qui eut par la suite beaucoup à souffrir lui-même de l'injustice — s'est attaché dès lors à mettre en évidence le rôle de la conscience morale dans la pathologie mentale.

Existe-t-il vraiment des sujets chez qui l'on puisse rapporter la maladie à une violation de la conscience morale ?

1. Certes, on connaît depuis longtemps les anomalies de la notion du bien et du mal : depuis le scrupule de l'obsédé, qui s'interroge anxieusement sur la valeur éthique de ses moindres actes, jusqu'à l'amoralisme absolu du pervers constitutionnel, ou de certains déments qui, eux, n'ont aucune notion de cette valeur. Mais, dans ces cas, le trouble de la conscience morale est une conséquence de la maladie — ou de l'anomalie constitutionnelle. Il n'en est pas la cause.

2. Ces faits écartés, une première catégorie de malades se présente à l'esprit : ce sont ces mélancoliques qui entrent dans leur crise après qu'ils aient commis une faute et qui se reprochent amèrement celle-ci à longueur de journée — et de nuit. C'est le cas, par exemple, de jeunes femmes qui, au cours d'une crise mélancolique, ne cessent de ressasser le thème : Je me suis fait avorter, je suis une criminelle, je suis damnée, etc. Seulement, ce que nous savons de l'origine des états mélancoliques permet de douter qu'ici la faute soit la cause profonde de la maladie : la crise mélancolique survient ordinairement sans aucune cause apparente ; elle se répète assez souvent avec une régularité dans le temps (tous les six mois, tous les sept ans par exemple) qui exclut l'idée d'une cause extérieure ; le mélancolique cyclique peut supporter impavidement les pires chocs moraux sans faire de crise. Nous en connaissons un qui, à peine guéri d'un accès, a été traqué par la Gestapo, puis a perdu son fils unique dans des circonstances affreuses. Il a été harcelé par la crainte de faire une crise, mais il n'en a pas fait. Lorsqu'une faute paraît être à la base d'une crise mélancolique, on peut être certain qu'elle n'a joué qu'un rôle de déclenchement, celui que peut jouer toute émotion vive, celui par exemple qu'a joué la persécution sur les Israélites qui ont présenté en 1940-44 des crises de dépression réactionnelle. D'ailleurs, si la faute suffisait à créer l'état mélancolique, le pardon de la faute devrait suffire, sinon à guérir, du moins à apaiser quelques-uns de ces malades : or, le pardon, même absolu, n'agit jamais. Nous en avons vu un exemple récent : une jeune femme trompe son mari, une

fois, dans des conditions de quasi-irresponsabilité. Grande crise dépressive ; elle avoue tout au mari qui pardonne, qui se montre très bon pour elle. Elle ne trouve dans ce pardon qu'une source de remords nouveaux. Deux mois après, elle se décide à se mettre entre les mains d'un psychiatre et quatre chocs électriques la guérissent. Le cas des mélancoliques doit donc être également éliminé.

3. M. Baruk a pensé trouver un bon exemple de troubles mentaux liés à la violation de la conscience morale chez les persécutés, et plus spécialement chez les persécutés-persécuteurs : les fautes plus ou moins grandes que commettent ces sujets, leur orgueil immense les empêche de les reconnaître. Et, troublés par leur mauvaise conscience, mais ne se l'avouant pas, faute de s'accuser eux-mêmes, ils accusent les autres. Un peu comme des enfants surpris en pleine dispute, et qui s'écrient tous deux, l'index tendu vers leur adversaire : « C'est pas moi, c'est lui. »

Que ce mécanisme, de tourner la conscience morale pour en apaiser les sourdes protestations, puisse expliquer certaines réactions accusatrices des persécutés, nous le croyons volontiers, mais il explique seulement ces réactions. Le fond mental du paranoïaque, fait d'orgueil et de fausseté de jugement, existe bien avant qu'il intervienne.

4. Ainsi, M. Baruk a eu le très grand mérite de souligner que la conscience morale existe, qu'elle est innée, autonome, indépendante de la plus ou moins grande valeur du fond mental, de sa plus ou moins grande dissolution par la maladie. Mais c'est ailleurs, croyons-nous, c'est dans le groupe des névroses, qu'il faut chercher la traduction pathologique de ses violations.

En voici un exemple, puisé dans un des trois traitements par la psychanalyse que nous nous sommes contraint de faire autrefois, pour juger par nous-même des théories de Freud :

Observation. — M. C..., au moment où il se confie à nous, a 58 ans. Depuis sa cinquantième année environ, il souffre d'obsessions de souillure. Plus particulièrement, il ne peut s'asseoir sur un siège sans l'avoir minutieusement nettoyé, car il y voit toujours des taches nombreuses. Cet état a été attribué à une syphilis autrefois contractée par le sujet, et correctement traitée. Une ponction lombaire, faite au début des troubles psychiques, a montré une légère hyperalbumine isolée (sans hypercytose ni anomalies du Bordet-Wassermann ou du benjoin). Un traitement spécifique a fait disparaître l'hyperalbumine. Il a été poursuivi cinq ans, notamment par le stovarsol. Les obsessions ont cepen-

dant augmenté, jusqu'à rendre complètement impossible la vie du malade et des siens.

La psychanalyse a duré d'octobre à mars, à raison de trois séances par semaine. Elle a été faite uniquement par la technique de l'association libre des idées sur les rêves du sujet. Au cours de tout ce traitement, nous nous sommes contraint à un silence absolu sur tout ce qui avait été dit par le patient. Jamais nous ne lui avons soumis une interprétation quelconque. Jusqu'en février, l'analyse n'apporte absolument rien. Puis, dans un des rêves, apparaît un personnage nouveau : une dame dont la robe comporte des manches dites à gigot. Ce personnage reparaît au cours des séances suivantes. Et nous nous apercevons bientôt que, toutes les fois que l'analyse du rêve en arrive à lui, notre sujet hésite, se tait quelques secondes, et détourne le discours. Après cinq ou six séances, nous nous décidons à rompre la réserve où nous nous tenions depuis le début de la cure, et nous demandons brusquement : « Cette dame aux manches à gigot, qui est-elle ? Que vous rappelle-t-elle ? » Un peu bousculé, le malade se décide à raconter ceci : il avait 7 ou 8 ans lorsque, au hasard d'un séjour à la campagne, il partagea le lit d'une jeune tante de 17 ou 18 ans, qui portait des manches à gigot. Cette jeune perverse se livra sur lui à des manœuvres de fellatio. La révélation de la sexualité fut tellement bouleversante que toute la vie sexuelle de notre malade s'en trouva marquée. Certes, il n'était pas incapable de relations normales, mais le plaisir qu'il prenait à la fellatio dépassait tellement celui que lui procuraient les autres actes sexuels que, toujours, il en poursuivait la réalisation ; ne voulant pas l'imposer à sa femme, il avait recherché des partenaires complaisantes, sans trop s'attacher à leur qualité.

Après cette séance, le malade disparaît pendant trois semaines. Un soir, vers 10 heures, il sonne chez nous et, sur la porte, nous dit simplement : « Docteur, je me suis confessé, j'ai pris le ferme propos de renoncer à cette habitude, Docteur, je suis guéri. »

Il a aujourd'hui 70 ans et vient nous voir toutes les années. La guérison s'est maintenue entière depuis douze ans. Jamais les obsessions n'ont reparu, sous quelque forme que ce soit.

Cette histoire comporte divers commentaires :

1° La relation entre l'initiation sexuelle, anormale dans sa précocité et dans sa forme, et les habitudes de fellatio ne fait aucun doute.

2° Comment concevoir les origines de l'obsession ? Si l'obsession est survenue tard, vers la cinquantième année, sans doute un fléchissement du niveau psychique, dû à la discrète atteinte spécifique du cerveau, n'y est-il pas étranger. Mais l'obsession a survécu à la guérison de la syphilis. Et sa liaison étiologique avec les habitudes de fellatio nous paraît certaine, pour deux

raisons : d'abord parce que le malade a guéri, ensuite parce que, les disciples de Freud le savent bien, mais nous l'ignorions en commençant notre analyse, l'obsession de la souillure traduit très souvent des pratiques sexuelles anormales : les taches que voit le malade sont le symbole des taches faites par le sperme, répandu hors des voies naturelles.

3° Comment concevoir les relations entre les habitudes de fellatio et l'obsession ? Freud nous dit : Un conflit inconscient existe entre les pulsions instinctives et le surmoi, lequel n'est lui-même qu'une « introversion de l'impératif social ». La névrose n'est que la traduction symbolique de ce conflit. L'émergence de ce conflit à la conscience claire suffit à guérir.

Ici, ce schéma n'est pas satisfaisant. Certes, il y avait conflit. Mais d'abord, le conflit n'était pas inconscient : le malade, catholique de conviction et de pratique, n'ignorait aucunement que ses habitudes sexuelles étaient en opposition formelle avec la morale qu'il professait. Il s'en confessait chaque année, mais il retombait dans son ornière, en pécheur qui ne sait pas repousser la tentation. Ce qui était inconscient, par contre, c'était la liaison entre son initiation sexuelle et ses habitudes de fellatio. Probablement même, le souvenir de cette initiation avait-il disparu ou du moins s'était-il très estompé. Et ce qui était inconnu de lui, c'était la relation entre l'obsession et les habitudes sexuelles.

Ensuite, peut-on vraiment considérer que, dans un cas de ce genre, la censure du surmoi soit le fait d'une « introversion des impératifs sociaux » ? L'anomalie, non absolue, n'avait pas empêché M. C. de mener une vie familiale et sociale normales. Et s'il demandait à des compagnes de rencontre ce qu'il n'osait demander à sa femme, croit-on vraiment que la société le reprochait, si peu que ce soit, à sa conscience ?

4° Si nous examinons les circonstances de sa guérison psychologique, nous trouvons la clé du problème. Cette guérison s'est faite en deux temps :

D'abord, M. C. a pris conscience de l'origine de son anomalie sexuelle en se remémorant les circonstances de son initiation. Il n'a pas guéri encore. Trois semaines plus tard, il s'est confessé, a pris l'engagement envers lui-même de ne plus céder. Dès cet instant, il s'est trouvé guéri. Or, les années précédentes, il se confessait à Pâques, il n'était pas guéri pour cela. Pourquoi ? Parce que l'engagement de ne pas recommencer qu'il prenait alors, il ne pouvait le prendre en pleine connaissance de cause,

en pleine adhésion consciente, puisqu'il ignorait l'origine de ses habitudes.

La conclusion, dès lors, se dégage d'elle-même. Pour que se fasse la guérison psychologique, il a fallu d'abord que M. C. prenne conscience des relations entre son initiation sexuelle précoce et ses habitudes, et aussi des relations entre ses habitudes et la névrose. Il a fallu ensuite qu'il se confesse et que, éclairé par ces révélations, il fasse, loyalement cette fois, « son ferme propos ». Il a fallu qu'il se mette en règle avec sa conscience morale. C'est avec celle-ci qu'il était en conflit.

Freud nous dit : La névrose traduit symboliquement un conflit entre les pulsions instinctives et le surmoi, lequel n'est que l'introversion des impératifs sociaux. Notre malade nous conduit à dire : La névrose traduit symboliquement un conflit entre les pulsions instinctives et la conscience morale. Pour Freud, au terme de l'analyse, l'exhumation du conflit guérit, que la liquidation se fasse en faveur du surmoi ou qu'elle se fasse en faveur de l'instinct. Notre malade semble indiquer que la guérison vraie survient seulement si la conscience morale l'emporte.

M. Henri Baruk a donc raison sur le fond : les violations de la conscience morale peuvent être la cause de certains troubles mentaux. Mais plutôt que chez les persécutés, c'est dans l'abondante famille des névrosés, qu'il faut en chercher les exemples. Et cette constatation peut nous conduire à réviser l'opinion que nous nous faisons du surmoi, après Freud. Il est vrai que restaurer la notion de conscience morale peut gêner bien des gens ; la morale des impératifs sociaux est tellement plus accommodante que la morale de source religieuse !

LES ECCHYMOSES CONJONCTIVALES AU COURS DE L'ELECTRO-CHOC

PAR

Henri OLLIVIER (de Marseille) (1)

Parmi les incidents observés au cours des traitements par électro-chocs, il nous a été permis de constater l'apparition d'ecchymoses conjonctivales.

Nous ne voulons pas parler, ici, des ecchymoses accidentelles, occasionnées par un traumatisme externe ou une chute du patient, pouvant se voir au cours de la période de demi-ébriété du réveil, et qui sont le plus souvent le fait d'une négligence dans la surveillance post-critique ou d'une technique opératoire défectueuse, mais des ecchymoses qui apparaissent au cours de la crise convulsive, c'est-à-dire liées à l'épilepsie électrique elle-même.

Ces ecchymoses constituent une complication peu fréquente, puisqu'il ne nous a été donné de les observer que six fois sur près de 4.000 chocs environ ; ce qui fait à peine 2 % par rapport au nombre de malades traités.

Elles sont toujours apparues chez des sujets de sexe masculin, de constitution plus ou moins robuste, mais présentant des crises convulsives particulièrement violentes et prolongées. Ces malades n'avaient pas d'hypertension artérielle ; ils avaient un signe du lacet négatif et des valeurs des temps de saignement et de coagulation normales. Les ecchymoses surviennent toujours pendant la crise convulsive, plus exactement à la fin de la phase tonico-clonique, sans qu'il y ait un rapport quelconque avec le nombre de séances ; signalons toutefois que nous ne les avons jamais vues au début du traitement, c'est-à-dire à la première séance.

(1) Travail du Centre de psychiatrie de la XV[e] Région militaire.

L'épanchement sanguin est le plus souvent unilatéral, avec prédominance à droite (pour nos propres observations, une fois bilatéral, cinq fois unilatéral droit) ; il est généralement discret et n'occupe que le cadran supéro-externe ou inféro-externe de l'œil ; une seule fois, nous l'avons vu inonder en nappe toute la zone péri-irienne des deux yeux. Leur évolution est celle des ecchymoses conjonctivales banales, sans aucune complication.

Ces ecchymoses ont été particulièrement importantes et impressionnantes chez le premier malade chez qui nous les avons observées et nous nous sommes demandé si d'autres hémorragies ne pouvaient pas se produire ailleurs et particulièrement au niveau de l'encéphale. Il s'agissait donc de savoir si les ecchymoses étaient bien une manifestation isolée à topographie localisée. Chez les sujets qui en ont présenté, nous avons toujours recherché très minutieusement les traces de suffusions sur tout le reste du corps, sans jamais en trouver ; nous avons de même fait pratiquer systématiquement l'examen du fond d'œil qui s'est toujours révélé normal, et nous connaissons à la suite des travaux de Milch l'importante analogie que l'on peut déduire du comportement des artères rétiniennes avec celui des artères cérébrales ; ce qui démontrait bien que nous avions affaire à une complication essentiellement localisée.

Du point de vue pathogénique, il ne saurait être question de rattacher ces ecchymoses à un processus pathologique, nos malades n'étant ni hypertendus, ni atteints d'un syndrome hémorragique ; d'ailleurs, dans ces cas, il semble bien que si des suffusions se produisaient, elles seraient très certainement multiples et disséminées. C'est plutôt dans un mécanisme physiologique ou physiopathologique, que l'on peut voir la cause de ces ecchymoses. Elles semblent, en fait, provoquées par la mise en jeu de plusieurs facteurs :

1° *Un mécanisme tensionnel.* — Les travaux de Delay, Euzière, confirmés récemment par Boitelle, permettent d'éliminer le mécanisme tensionnel, comme étant le seul facteur déterminant dans la production de ces hémorragies. Les valeurs, le plus souvent petites, de l'hypertension artérielle post-critique, constatées et décrites par ces auteurs, paraissent insuffisantes pour produire l'éclatement des capillaires des conjonctives, et cela d'autant plus que les « poussées hypertensives » de l'électro-choc ont été observées à la phase stertoreuse, qui, comme on le sait, est elle-même postérieure à la période pendant laquelle apparaissent les suffusions conjonctivales ; période qui paraît coïncider, à quel-

ques secondes près, à la phase d'hypotension initiale que Delay, Soulairac et Luguet ont pu enregistrer chez le chien chloralosé dès après le choc électrique. Bien que tous nos malades aient une tension normale, il paraît intéressant d'envisager l'éventualité où l'on aurait affaire à un sujet hypertendu et où à l'hypertension pathologique s'ajouterait la petite poussée hypertensive physiologique de l'épilepsie électrique ; dans ce cas, vraisemblablement, la rupture artérielle atteindrait très probablement non des capillaires, mais des vaisseaux de calibre beaucoup plus gros. Comme on le voit, l'augmentation de tension physiologique que l'on observe au cours de l'électro-choc ne paraît pouvoir apporter qu'une contribution au mécanisme pathogénique des ecchymoses conjonctivales.

2° *La vaso-dilation périphérique* qui, si elle est moins intense, moins généralisée que dans l'épilepsie cardiazolique, où elle peut revêtir l'aspect d'un véritable rash, est constante et très importante au niveau de la face et du cou et de la partie supérieure du thorax.

3° *Les modifications du tonus musculaire* et les contractions toniques et cloniques de tous les muscles de la région céphalique qui provoquent :

le reflux de sang à la tête qui se traduit par la congestion intense du visage qui devient vultueux, rose cramoisi et très souvent bleu ;

l'augmentation du flux veineux par la décuplation du travail musculaire ;

le ralentissement de la circulation de retour par la compression des veines dont les parois flacides se laissent facilement déprimer.

4° *Enfin, les divers phénomènes asphyxiques* qui accompagnent la crise.

Ensemble de facteurs qui contribuent à accroître la stase veineuse, à augmenter la tension veineuse et à produire « l'engorgement des capillaires » de la conjonctive qui éclatent sous l'influence traumatique des contractions tonico-cloniques particulièrement violentes, précoces et prolongées des orbiculaires des paupières.

Au début, nous avons cessé tout traitement chez les sujets qui avaient présenté des suffusions sanguines conjonctivales. Mais l'apparition de petites ecchymoses plus discrètes et les considérations pathogéniques que nous venons d'énoncer nous ont

incité à continuer le traitement chez certains d'entre eux avec de grandes précautions, notamment en ne provoquant que de petites crises ; et nous n'avons jamais vu de nouvelles ecchymoses se reproduire, ce qui souligne bien l'importance de la violence des crises dans leur apparition.

En résumé, les ecchymoses conjonctivales apparaissant au cours de l'électro-choc sont rares, elles se voient à peine chez 2 % des malades traités, elles apparaissent particulièrement au cours de crises violentes. Elles sont dues à un mécanisme mettant en jeu divers facteurs, d'ordre circulatoire et musculaire, ce qui permet de ne les considérer que comme une complication bénigne et essentiellement localisée. Toutefois, cette possibilité d'ecchymose spontanée au cours des traitements doit faire écarter de cette thérapeutique (ou ne l'envisager qu'avec d'extrêmes précautions) tout syndrome hémorragique.

BIBLIOGRAPHIE

Boitelle (Georges). — Syndrome neuro-biologique de l'électro-choc. *Thèse,* Paris, 1944, Imp. Foulon.

Delay (J.), Parrot (J.-L.) et Luquet. — La crise tensionnelle de l'épilepsie électrique. Société médico-psychologique, séance du 28-2-44. In *Ann. méd.-psych.*, 1945, T. I, p. 290.

Delay (J.) et Soulairac (A.). — Le syndrome sympathique de l'électro-choc. *C.R. Soc. biologie,* 1945, T. CXXXVII, p. 602.

Delmas-Marsalet, Servantie (L.) et Faure (J.). — Interprétation du syndrome acide-basique de l'électro-choc. Société médico-psychologique, séance du 27-3-45. In *Ann. méd.-psych.*, 1945, T. I, p. 402.

Euzière, Castagné, Lafon, Fassio, Bosc et Reynaud. — Courbe de la tension artérielle au décours de la crise convulsive par électro-choc. *C.R. Soc. des sciences médicales et biologiques de Montpellier,* juillet 1943.

Euzière, Viallefont et Castagné. — Fond d'œil et électro-choc. *Soc. des sciences médicales et biologiques de Montpellier,* juillet 1943.

Milch (E.). — Changes in retinal arteries before convulsions induses by electric schock. *Arch. of Neuro.*, 1941, 45.

Ollivier (H.). — Considérations sur des ecchymoses conjonctivales importantes survenues chez un malade en cours de traitement par électro-choc. *Comité médical des Bouches-du-Rhône,* séance du 7-12-45. In *Marseille médical,* 1946, n° 3, p. 147.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 13 Mai 1946

Présidence : M. Eug. MINKOWSKI, vice-président

PRÉSENTATIONS

Crétinisme goîtreux d'étiologie atypique,
par MM. X. Abély, Luquet et Marty.

Nous présentons un cas de crétinisme goitreux, d'idiotie hypothyroïdienne, dont l'aspect est classique, mais qui possède d'intéressantes particularités.

Observation. — Mlle P., actuellement âgée de 41 ans, offre les anomalies dystrophiques habituelles : taille très petite, membres courts, cou enfoncé dans les épaules, crâne un peu gros, visage hébété, pâle, vieillot, légèrement infiltré, dents mal implantées. La voix est rauque. La puberté n'est apparue qu'à l'âge de 17 ans.

Le goitre est volumineux, occupant toute la région cervicale antérieure, plus développé à droite, multilobé. Sa consistance est ferme, mais élastique ; il s'agit très probablement d'une tumeur kystique. En raison de l'opposition de la malade, le métabolisme basal n'a pu être effectué. Ce goître provoque une gêne manifeste : la malade tient la tête haute, porte souvent la main à son cou, a de la peine à respirer. Dans les moments de colère, se produit une sorte de cornage. On entend, à la base cardiaque, un souffle atypique qui relève peut-être d'un phénomène de compression vasculaire.

L'état mental est celui d'un enfant d'un tout jeune âge. L'absence de langage est à peu près complète. La malade ne pousse que quelques

grognements. Elle n'a jamais pu apprendre à s'habiller, à faire sa toilette. Elle joue avec du papier et des ciseaux. Elle mange seule et ne gâte pas si on s'occupe d'elle. Son humeur est variable. Elle fait quelques colères de courte durée, mais elle est habituellement assez docile et facile à diriger. Elle est craintive, peureuse. Elle manifeste une certaine vivacité affective ; elle est particulièrement attachée à ses sœurs.

Jusque-là, le tableau est classique. Mais notre observation se différencie des cas habituels par les points suivants, fort atypiques :

1° Mlle P. est née à Paris et n'a jamais quitté la région parisienne. Il ne s'agit pas, comme il est presque de règle, d'une maladie endémique, développée dans une vallée de montagnes, à la faveur de la nature spéciale du sol ou des eaux. De plus, la famille a toujours vécu dans la région parisienne. Aucun cas de goitre n'a été observé parmi les parents, les frères ou les sœurs. Une seule indication, assez vague d'ailleurs, peut éclairer l'origine de la maladie : le père, alcoolique, aurait eu, à l'âge adulte, quelques signes de myxœdème. Ajoutons que les réactions syphilitiques sont négatives chez la malade.

2° Mlle P. aurait présenté dans le jeune âge des symptômes myxœdémateux ; un traitement thyroïdien n'aurait donné aucun résultat.

Le goitre ne s'est manifesté que vers l'âge de 10 ans, sous une forme très discrète ; ce n'était, dit la famille, qu' « une petite bille ».

Il n'a nettement augmenté de volume qu'à l'âge de 20 ans et n'a pris des proportions considérables qu'après la trentaine (des photographies familiales montrent bien cette évolution). Depuis lors, la tumeur semble avoir grossi progressivement, entraînant des phénomènes dyspnéiques de plus en plus marqués.

En somme, le myxœdème était antérieur au goitre et ce n'est pas le processus tumoral qui a détruit la glande.

3° On observe enfin des symptômes neurologiques surajoutés de deux types : mouvements athétosiques et tremblement.

L'athétose est localisée aux membres supérieurs, prédominant au niveau des doigts, animés de mouvements d'extension et de supination lents et successifs. Ces mouvements s'amplifient dans la position debout et dans l'activité volontaire. Cette athétose est apparue très précocement.

Le tremblement est localisé aux membres supérieurs et à la

tête. C'est un tremblement régulier, d'amplitude moyenne. Il est augmenté par l'émotion, par la station debout. On voit alors une trépidation agiter momentanément tout le corps. Dans la position assise, on note une extension aux orteils. Ce tremblement cesse dans la position couchée. Il n'est apparu que vers l'âge de 12 ans. C'est l'âge où la malade a commencé seulement à marcher. La marche est fortement gênée par le tremblement.

On peut noter encore les symptômes neurologiques suivants : allure un peu figée, absence de ballancement des bras dans la marche, réflexes de posture exagérés, réflexes tendineux vifs. En somme, nous observons des éléments d'un syndrome extra-pyramidal, et plus précisément d'un syndrome strié.

Y a-t-il un rapport entre le goitre et le syndrome neurologique ? Il est impossible de l'affirmer. Il faut signaler cependant que l'apparition du tremblement a coïncidé avec le premier développement de la tumeur.

Discussion

M. Marchand. — Il est intéressant de noter que cette malade, qui a été atteinte de convulsions infantiles, n'a jamais présenté de crises épileptiques, et cependant, dans ce cas, les lésions cérébrales sont importantes. Cela s'accorde avec le fait que l'épilepsie est exceptionnelle chez les hypothyroïdiens, chez les myxœdémateux. Quant au goitre, je crois qu'il s'agit surtout d'une forme kystique ; pour soulager cette malade, qui a par moments de la difficulté à respirer, il suffirait, je crois, d'évacuer la colloïde.

Arriération et déviation évolutive phylogéniques chez un enfant, par MM. X. Abély, Marty et Luquet.

Observation. — Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi, René J., d'apparence normale, qui entre dans le service pour des troubles du comportement rendant impossible toute vie au sein de sa famille.

1° L'examen physique révèle chez cet enfant quelques signes de dégénérescence : une fossette coccygienne, des oreilles décollées, et surtout un retard physique important, avec hypotrophie, taille et poids insuffisants pour son âge. La force musculaire est aussi notablement insuffisante, mais les proportions sont gardées, et le petit René semble apparemment normal. L'examen neurologique met en évidence les particularités suivantes : Hypotonie musculaire avec hyperexcitabilité généralisée. Réflexes tendineux faibles. Réflexes cutanés normaux.

Nous avons cherché la série intéressante des réflexes de l'enfant tels que les a exposés L. van Bogaert : Réflexe tonique optique absent. Réflexe de Moro-Frendenberg : à la percussion, à la secousse : aucune réaction ; à l'ascension : légère flexion des jambes ; à la chûte : ni allongement, ni flexion. Absence de mouvements compensateurs des globes oculaires à la rotation du corps. Réflexe de Landau : absence de réaction. Réflexe de Magnus et Klein : absence de réaction. Présence d'un réflexe contro-latéral à la flexion d'une jambe, pas d'autre signe à la série méningée. Pas de réflexes d'automatisme médullaire. Paires craniennes intactes, sauf la VIIIe. (Surdité totale bilatérale). Les sensibilités aux divers modes semblent intactes.

2° Au point de vue mental, l'enfant est difficile à juger, étant donné la surdité totale et l'absence de langage.

L'expression des états affectifs se manifeste toutefois par le rire, le pleurer et la mimique qui semblent normalement développés ; il n'y a pas de troubles du sommeil. On constate une certaine boulimie, la soif est normale, mais le petit malade, atteint de mérycisme, rumine très souvent. La régurgitation atteint volontairement, quelquefois, le stade de vomissement, l'enfant n'hésite pas alors à ramasser et à avaler de nouveau la nourriture à demi digérée.

Le petit malade est gâteux et ne sait pas signaler ses envies.

3° Le comportement de l'enfant correspond à celui d'un animal supérieur. Il est deux points particulièrement intéressants chez notre malade : A) la statique et la marche ; B) la préhension.

A) *Statique et marche.* — La station debout et la marche normale sont impossibles chez notre malade. La station habituelle et la marche se font chez lui à quatre pattes, sur les deux mains et les deux pieds et non sur les genoux, comme il est habituel chez les enfants. A la différence des singes, notre malade appuie sur toute la plante des pieds et toute la paume des mains, utilisant ainsi, dans l'appui, le carpe et le tarse. La marche est naturellement croisée, le petit malade avance ainsi rapidement. Il sait se tenir sur trois pattes, utilisant une main pour ramasser les objets qu'il rencontre. L'enfant a tendance à rechercher les supports lui permettant de se redresser, il se lève, et se tient alors, les jambes écartées, le buste en avant, dans une position très instable.

Le réflexe de la marche d'escalier (triple flexion du membre inférieur à l'attouchement du dos de pied), est, chez notre malade, particulièrement rapide et précis.

B) *Préhension.* — Le réflexe de préhension forcée existe des deux côtés aux mains et aux pieds, par simple attouchement de l'éminence thénar de la plante du pied. On ne note pas d'extension hypothénar, mais le réflexe de préhension ne se fait pas dans ces conditions.

Les mouvements de préhension volontaire se font, indifféremment, avec les mains ou avec les pieds. La préhension volontaire avec les pieds est précise et efficace. Elle se fait soit avec les orteils, soit

avec la plante du pied, au niveau d'un pli de la peau. Le malade peut ainsi prendre avec les pieds une feuille de papier et la déchirer. Il utilise, de préférence, la main droite et le pied droit.

Notre petit malade, en dehors de la marche et de la préhension, dont nous avons parlé, est très adroit dans ses mouvements, il est relativement fort et parvient à exécuter, par exemple, des mouvements de rétablissement par la seule force de ses bras.

Notons enfin, chez lui, la tendance très marquée à l'imitation, basée sur une observation attentive de l'entourage. C'est ainsi qu'il nous a étonné, un jour, en tapant correctement ses genoux avec le marteau à réflexes dont il s'était emparé.

En résumé, il s'agit non seulement d'un retard général de l'évolution, mais aussi d'une déviation évolutive, notre malade passant par un stade inhabituel chez l'enfant. Ce stade est d'ailleurs certainement passager. Le petit René est partiellement éducable. Il fait des progrès tant dans le domaine moteur qu'intellectuel. Il arrivera à se maintenir dans la position debout et à marcher. Rien ne s'oppose neurologiquement à cette possibilité. Ce que Froment appelle les réflexes statiques de base, communs à l'animal et à l'homme, existent chez notre malade. Ils nécessitent l'intégrité d'un grand nombre d'appareils situés à tous les étages du névraxe. On constate ici l'existence des « réflexes statiques à minima ». Mais il semble y avoir dans notre cas un ralentissement évolutif à partir d'une certaine phase, une absence de réflexes cérébraux, en particulier de réflexes du type conditionnel qui, comme on l'admet, ont une part importante dans la statique de l'homme. La marche à quatre pattes, telle qu'elle existe chez le petit René, ne correspond aucunement à un stade même primitif de l'évolution de l'enfant. De même, le système de préhension des quatre membres, développé à ce point, ne répond pas à une phase évolutive humaine. Il s'agit bien d'une déviation de l'évolution, dans un sens que l'on est bien obligé de qualifier de simiesque. Le petit René est un véritable quadrumane. Chez le jeune singe aussi, l'habileté motrice a progressé également dans les quatre membres et l'intelligence a évolué parallèlement. Mais ce n'est là chez notre malade qu'un stade phylogénique passager. Bientôt, la motricité des membres supérieurs et celle des membres inférieurs évolueront chacune pour leur propre compte dans le sens particulier au développement spécifiquement humain. Cette déviation momentanée et absolument exceptionnelle de l'évolution enfantine méritait donc d'être signalée.

Deux nouveaux cas d'augmentation pondérale importante, à la suite d'accès maniaques, par MM. P. GUIRAUD et G. BOITTELLE.

La théorie qui fait jouer un rôle important au diencéphale dans le mécanisme des accès maniaques et dépressifs est étayée en particulier par la constatation de troubles de la thermo-régulation, de la faim, de la soif, du sommeil, des perturbations des métabolismes, des hydrates de carbone et des graisses.

En 1942, MM. Guiraud, Souriac et Fouquet (1) avaient rapporté un cas d'engraissement important de 29 kg. en trois mois, apparu à la fin d'un état maniaque, adipose de type diencéphalique, prédominant au thorax, abdomen et racines des membres.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas assez identiques que nous voulons rapporter :

OBSERVATION I. — Rachel est âgée de 20 ans. Elle est entrée dans le service en avril 1945, pour un état confuso-maniaque. C'était son troisième internement, le premier à l'âge de 15 ans, par accès maniaque, ayant cédé en 4 mois (décembre 40-avril 41), le deuxième à l'hôpital psychiatrique de Marseille, où la guérison a été obtenue en 3 mois (mai-août 1942), à la suite d'un traitement par électro-choc. Le troisième accès, qui l'a amenée dans le service, a débuté assez brusquement : querelles avec sa mère et sa sœur, agressivité, fugue, incurie, excitation sexuelle marquée, déclamations, chants, propos orduriers, fuite des idées avec improductivité idéique, grande agitation motrice, insomnie, température autour de 39° pendant 5 jours, bouche saburrale, mais bon état général sans amaigrissement net. Poids 62 kg., urée 0,42.

Traitée par onze électro-chocs, d'abord bi-hebdomadaires puis hebdomadaires, l'état s'améliore peu à peu, le poids se maintient à 61 kg., l'agitation tombe et la guérison survient, révélant, chez la malade, un état de débilité mentale légère, déjà connu lors des précédents internements.

Dès sa guérison, fin juin — trois mois après son admission dans le service — la malade se mit à engraisser rapidement et dans de grandes proportions. En un mois, son poids passe de 61 à 73 kg., le mois suivant, en août, 79 kg., en septembre 81 kg., octobre 86 kg., décembre 89 kg., janvier 90 kg. ; la malade, lors de cet engraissement, ne présentait pas de diabète insipide, pas de glycosurie, pas de boulimie particulièrement marquée. Une radiographie cranienne montra une selle turcique normale.

(1) P. GUIRAUD, P. SOURIAC et P. FOUQUET. — Etats maniaques avec symptômes de la série hypophyso-tubérienne. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1942, p. 351.

La menstruation disparue avant l'accès maniaque ne réapparut qu'une fois, en décembre dernier, la malade étant guérie depuis 6 mois.

Traitée par quatre séances de radiothérapie hypophysaire : 120 r., on observa une diminution de poids de 4 kg., puis le poids remonta et se stabilisa autour de 88 kg.

Lors des autres accès, ces phénomènes n'ont pas été observés, elle n'a jamais dépassé au maximum le poids de 72 kg. L'examen nous montre une adipose diffuse prédominant un peu sur le tronc et la racine des membres, très peu marquée au front, aux mains. La taille de la malade, déjà élevée, n'a pas augmenté, on n'observe aucun symptôme d'acromégalie.

Observation II. — Mme V., Angèle, est entrée dans le service le 3 janvier 1946, dans un état de grande maigreur ; le début des troubles a été marqué par un accès hypomaniaque avec propos interminables, facéties, fuite des idées, perte de l'autocritique, théâtralisme, actes désordonnés, précédé d'une période de dépression au cours de laquelle la malade s'était sous-alimentée ; l'état hypomaniaque du début céda la place rapidement à un accès dépressif avec inertie, désintérêt alimentaire, déficit de l'activité, obnubilation intellectuelle, pas d'hyperthermie.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Tension artérielle normale, réflexes ostéo-tendineux faibles, amaigrissement considérable accompagné d'amyotrophie marquée.

Dans les antécédents, nous relevons deux accès dépressifs antérieurs, l'un en 1940, l'autre en 1945. Au cours de ces deux accès, la malade avait maigri, et aurait présenté, d'après elle, de l'hypoglycémie. L'état mental s'améliore rapidement par un traitement reconstituant avec vitamines B_1 et PP. Parallèlement, l'état physique se releva, le premier mois, la malade prit 10 kg., le deuxième mois, 9 kg., le troisième mois, 7 kg.

Pesant, le 4 janvier, 34 kg., le 30 avril elle atteignit 60 kg. Elle paraît bouffie, gonflée. La malade, qui ne se pesait pas, ne peut préciser son poids normal, qui, d'après l'aspect actuel, semble devoir être nettement inférieur à son poids actuel. Depuis son entrée dans le service, la malade n'a pas eu ses règles.

Des cas d'adipose importante, pour lesquelles on invoque une participation diencéphalique, ont été signalés au cours de l'encéphalite épidémique et des atteintes syphilitiques à localisation basilaire et de l'hébéphrénie.

Rappelons les expériences de Camus et Roussy sur l'infundibulo-tuber du chien entraînant une adipose importante, celle de Smith, enfin et surtout celles de Ruch, Shenkin et Patton (1943) qui expérimentaient sur le singe, et, excitant la partie posté-

rieure de l'hypothalamus, virent l'animal passer en un an de 3 kg. 1 à 12 kg. 9.

Nous pensons à la lumière de ces expériences qu'une dysfonction diencéphalique est à la base de l'engraissement de nos malades, augmentation de poids qui n'est pas due à la simple réparation physique qui suit la guérison de l'accès, ces deux malades ayant nettement dépassé leur poids normal.

Discussion

M. X. Abély. — Dans l'observation précédente, les auteurs n'envisagent pas l'hypothèse d'une origine hypophysaire. Sans doute est-il difficile de faire le départ entre l'action endocrinienne et l'action nerveuse. Mais, quelles que soient les déductions tirées de l'expérimentation, on ne saurait éliminer, dans un cas clinique donné, le rôle de l'hypophyse. Celle-ci peut jouer un rôle primitif dans le métabolisme des graisses et le syndrome adiposo-génital peut être la conséquence directe d'une lésion hypophysaire.

M. Guiraud. — J'estime qu'on doit souligner l'origine directement diencéphalique de ces adiposités. Sans doute, en clinique, on observe un assez grand nombre de syndromes adiposo-génitaux au cours de tumeurs de l'hypophyse ou de lésions hypophysaires d'autre nature. Il semble que, dans ces cas, l'adiposité ne soit pas un symptôme direct de mauvais fonctionnement hypophysaire, mais un symptôme dû à la mise en fonctionnement anormal des centres diencéphaliques du voisinage. L'expérimentation sur l'animal, dont nous avons fait mention, est démonstrative à cet égard.

Impuissance génitale datant de six ans. Guérison en trois séances de narcoanalyse, par MM. Jean Delay et J.-A. Gendrot.

Observation. — F. O. a 24 ans. Jeune homme d'intelligence normale, il est sous-officier d'active. Envoyé au Dr Leuba pour être psychanalysé, notre confrère nous l'adresse pour un traitement « d'urgence » par narco-analyse, car il s'agit d'un impuissant qui se marie dans 15 jours.

Première séance : Avant la narcose, nous faisons un interrogatoire indispensable que nous centrons d'abord sur le passé sexuel du malade, objet principal de ses préoccupations. Vers 14 ans, après une initiation homo-sexuelle avec des garçons de son âge, il se masturbe, dit-il, « avec acharnement » pendant un an. Vers 15 ans commencent ses expériences hétéro-sexuelles : il présente alors une hyperexcitation génitale qui le pousse à un donjuanisme caractéristique d'un état

névrotique déjà indiscutable. Pendant trois ans, en effet, il court les aventures, changeant sans cesse de partenaire, abandonnant ses victimes avec autant de cynisme qu'il les séduit. A 16 ans, il exige de ses parents d'être changé d'école en cours d'année pour s'inscrire dans un collège mixte où il espère plus facilement multiplier ses conquêtes. A 17 ans, il s'engage aux armées, où, « grâce à la liberté et l'uniforme », il peut donner libre cours à ses tendances. Tous ces souvenirs sont racontés avec nostalgie et complaisance admirative. Puis il oppose la gaîté, l'expansivité, l'exubérance même de son caractère de méridional pendant cette période et son humeur actuelle : il est devenu taciturne, déprimé, dégoûté, et par périodes, désespéré.

Sur le début précis de ses troubles, il reste vague : « C'est venu « *progressivement*, quand j'avais 18 ans. » Toutefois, il précise qu'il fut très impressionné, vers l'âge de 19 ans, par la découverte, dans un de ses vêtements civils, au niveau des organes génitaux, d'une tache de sang coagulé.

Depuis six ans environ, sa vie sexuelle est réduite à quelques tentatives de plus en plus rares. Quand il parvient à réaliser l'acte, c'est après avoir eu recours à toutes sortes d'artifices dont nous passons le détail. Parfois, au contraire, il obtient des érections plus faciles, mais souffre alors d'une éjaculation quasi-immédiate. Il conclut découragé : « Ce n'est plus la peine, et je vois bien qu'il n'y a pas grand'chose à faire. »

Il faut savoir, en effet, qu'il a « tout essayé » : parmi les différentes thérapeutiques qui ont été tentées, nous ne retiendrons que trois d'entre elles, instructives à tous égards. La première — la seule qui fut couronnée d'un léger succès, — eut lieu voilà deux ans, en Angleterre, sous la forme d'une sorte de suspensoir qu'un de nos confrères anglais lui conseilla. Pendant une semaine, le malade se crut guéri, mais dès qu'il s'aperçut qu'il lui suffisait de ne plus porter la ceinture magique pour retomber dans l'état antérieur, il interpréta ce procédé comme « une supercherie », et rejeta en même temps le traitement et la guérison.

D'autre part, il y a quelques mois, son état dépressif s'étant aggravé au point de lui faire envisager sérieusement le suicide, on lui administra une série d'électro-chocs. Les idées de destruction disparurent rapidement sans que l'impuissance en fût modifiée. Son caractère restait sombre et son dégoût général.

Enfin, tout récemment, un nouveau traitement détermina une nette aggravation. Confié, à la suite des échecs précédents, à un nouveau praticien, F. O. lui raconta, parmi ses tribulations, la découverte de la tache de sang, ajoutant que, depuis cette constatation, il avait remarqué une déviation de sa verge vers la gauche. Le médecin lui aurait alors répondu qu'il s'était vraisemblablement « rompu un corps caverneux « au cours d'un coït et qu'il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il n'ait « plus d'érections normales désormais ! » Puis il fut soumis à quelques séances de radiothérapie sur les organes génitaux... Depuis lors,

bien entendu, son activité sexuelle est réduite à néant. Toute érection est impossible.

Interrogé ensuite sur son enfance et sa famille, F. O. affirme, avec la plus grande sincérité, qu'il n'y eut aucun incident important dans son passé, en particulier aucun conflit entre ses parents et qu'*il les aime tout autant l'un que l'autre.* Vers l'âge de huit ans, il a été élevé, pendant quelque temps, en dehors de la maison paternelle, par sa grand'mère, sans autre raison, — dit-il, — que l'affection que ses grands-parents lui portaient. Il n'a présenté aucune maladie grave, mais a souffert d'énurésie pendant cinq ans environ, et le début de cette affection remonterait, autant qu'il s'en souvienne, à l'âge de huit ans également.

Notons enfin que le malade est persuadé qu'il ne rêve pas et même qu'il n'a jamais rêvé.

Arrêtant là l'interrogatoire, nous pratiquons la première séance de narco-analyse. Précisons que nous utilisons à la fois l'interrogatoire et la méthode des associations, nous servant aussi bien des enseignements de la psychanalyse que des autres méthodes d'exploration et de psychothérapie. Notre but bien défini, dans ce cas précis, est de nous attaquer au seul symptôme, sans chercher à faire l'inventaire complet ni la liquidation des différents complexes rencontrés en chemin).

Dès que le malade est en phase hypnagogique, nous le ramenons au début de ses troubles. Nous ne savons pas où nous allons, mais la chance nous favorise. A la question : « Vous rappelez-vous la dernière fois où vos rapports sexuels ont été normaux ? », le malade répond par le banal récit d'une aventure, entre cent autres, auxquelles fait suite une histoire beaucoup plus intéressante. Il s'agit d'une nouvelle partenaire, rencontrée pendant une permission dans son village natal ; il en était « depuis trois jours, passionnément épris », et le lui avait témoigné à différentes reprises quand se produisit *brusquement* son premier échec : Au cours d'un coït, qui a eu lieu dans un champ, il remarque tout à coup, « au bon moment », précise-t-il, le mur du cimetière où son grand-père est enterré. L'érection s'interrompt aussitôt. « J'eus alors l'impression que mes organes fondaient, disparaissaient complètement ». Puis il ajoute, troublé, retrouvant l'état émotif alors vécu : « C'est dégoûtant, j'aurais pu aller ailleurs qu'à deux pas de la tombe de mon grand-père. » Après cette abréaction qui nous semble suffisante pour une première séance, dès qu'il s'arrête de parler, nous le rassurons en lui démontrant la non-gravité de son acte, qui était involontaire, et ne valait pas la peine d'être scotomisé à ce point. Nous lui laissons entendre que ce n'est pas cette scène qu'il se reproche, mais autre chose de plus ancien, et que maintenant il va déjà se sentir plus à l'aise et bientôt découvrir à la fois l'origine et la fin de ses maux. Nous lui conseillons de partir en paix et de se laisser rêver pour la prochaine séance, qui aura lieu trois jours plus tard.

Il est certain que ce traumatisme ne représente pas la condition profonde du symptôme, mais un déclenchement occasionnel. Le fait

intéressant consiste en ce que ce souvenir épineux, refoulé, bien que peu profondément, ait été très rapidement revécu. C'est bon signe.

Notons que le malade, très intéressé, s'étonne : « C'est curieux, je me rappelle pourtant bien cette scène, et pourtant je ne m'en souvenais plus. »

Profitant du transfert qui s'amorce bien, nous lui interdisons tout rapport sexuel jusqu'à la fin du traitement, ce qu'il accepte de bonne grâce.

Deuxième séance : Le malade arrive détendu. Son visage est déjà meilleur. Il a, dit-il, retrouvé l'espoir de guérir. « Je me suis surpris à chanter tout seul. Voilà bien longtemps que cela ne m'était pas arrivé ».

Ne sachant où diriger nos investigations, nous faisons, sous narcose, un test d'association, d'après Jung. Les deux éléments principaux ainsi recueillis sont les suivants : l'état du malade l'obsède tellement que deux tiers des mots induits expriment une préoccupation sexuelle et que la moitié environ rappelle plus ou moins directement son impuissance. Mais surtout nous découvrons un complexe essentiel sous la forme d'une hostilité, très vive et jusque-là imprévisible, contre son père. Au mot « mère », il répond : « Ah ! oui, je l'aime. » Au mot « père », après un temps d'allongement considérable de l'induction, il répond d'un ton hostile : « C'est mon père. »

Après quelques associations sur des mots neutres, nous revenons au mot « père ». Il répond avec le même air buté : « J'aime mieux ma mère. » Notons que le mot « grand-père » n'a apporté aucune perturbation, mais cette simple et immédiate réponse : « enfant ».

Muni de la précieuse indication d'une haine refoulée contre le père, nous centrons toute la séance sur le sujet familial, revenant sans cesse au père. Remontant degré par degré rapidement jusqu'à l'enfance, nous arrivons à une période très troublée. Vers l'âge de huit ans, il devine que son père trompait sa mère ; il se met à les épier, surprend entre eux de violentes querelles, prend parti pour sa mère qu'il « console » en cachette et lui conseille de quitter son mari. Il se rappelle qu'il disait amoureusement à sa mère : « Partons tous les deux, loin de lui qui est méchant avec toi. » Mais un accord intervient entre ses parents qui, à la suite d'une dépression ayant nécessité le séjour de sa mère en maison de santé pendant trois mois, reprennent la vie commune et, pour tout oublier, changent de localité : c'est à ce moment que l'enfant est confié à ses grands-parents.

Alors, pendant des mois, l'enfant nourrira contre son père des *idées homicides* dont il se souvient à nouveau très vivement mais qui peu à peu devinrent moins agressives et furent, — on l'a vu, — tout à fait réprimées et même oubliées.

Le malade ne semble pas impressionné par ce rappel du passé mais vivement intéressé. Il veut demander des précisions à ses parents : nous l'en dissuadons et nous contentons, sur sa demande, de lui expliquer qu'à la suite de ses idées parricides il a craint, sans s'en douter,

un châtiment exercé par son père, la mort, par exemple. Nous arrêtons cette deuxième séance, après lui avoir fait comprendre que ce n'était là qu'une partie de l'origine de son hostilité contre son père.

Troisième séance : Elle a lieu quatre jours plus tard. Cette fois, le malade arrive souriant, ouvert, de plus en plus détendu.

Sous narcose il nous apprend qu'il a été réveillé, le matin précédent, par une érection, ce qui ne s'était pas produit spontanément depuis deux ans, depuis le port de la « ceinture » en Angleterre. Il a rêvé, et s'il ne peut pas dire quel rêve, il a la certitude qu'il s'agit d'un rêve qui revenait très souvent pendant son enfance. Nous le laissons parler. Il raconte alors un autre rêve qui se répétait très souvent quand il était enfant : au cours d'une promenade, il s'arrêtait près d'un mur pour uriner, et, en fait, il urinait dans son lit. Le malade semble très troublé. Nous le rassurons : au moment où il a été éloigné de ses parents après leurs dissentiments, il a beaucoup souffert et est redevenu comme un petit enfant. Cette énurésie était à la fois une compensation par retour à l'hédonisme uréthral, et une façon d'obliger sa mère ou sa grand'mère qui tenait lieu de mère, à s'occuper de lui comme d'un bébé. C'est un phénomène très fréquent et sans la moindre gravité, etc...

Nous essayons ensuite de remonter plus avant et apprenons que, vers l'âge de six ans, s'est produit un autre incident important : l'enfant, qui dort alors dans la chambre de ses parents, est éveillé une nuit par ces paroles de la mère au père : « Donne-moi ma robe de chambre, je voudrais me lever, et je suis toute nue. » Il se dresse alors sur son séant sans faire de bruit, angoissé, mais « voulant voir sans être vu ». Il ajoute qu'il a la certitude maintenant que c'est depuis ce moment précis qu'il s'est senti, pour employer ses propres termes, « envieux de son père ». Il se souvient également qu'il « pensait » alors tout le temps à sa mère.

Nous l'aidons à comprendre ce qui s'est passé en lui : à six ans, il était amoureux de sa mère, mais s'est senti *coupable* de cette affection quand il a ressenti de la jalousie contre son père devenu un rival. L'hostilité contre son père date de là, et aussi la crainte que son père ne le châtie. Plus tard, à huit ans, quand son père ayant des torts réels, il en profite pour vouloir le remplacer tout à fait en le faisant mourir, il se sent gravement coupable, et, au fond de lui-même, craint un châtiment aussi grave exercé par le père, soit la mort, soit la castration vengeresse. Son hyper-excitation génitale d'adolescent n'était qu'une coûteuse façon de se rassurer. Son impuissance, survenue en face de la mort (le grand-père représentant son père et lui faisant écran), a réalisé l'inévitable vengeance qu'il croyait suspendue sur sa tête. S'il a souffert si longtemps de cette castration symbolique qu'est l'impuissance, s'il a toujours vécu dans le sentiment que toute son activité sexuelle était répréhensible et défendue, il sait maintenant quel sens et quelle valeur attribuer à son symptôme.

Satisfait par notre explication, le malade la confirme en ajoutant :

« J'avais bien l'impression qu'il y avait un rapport entre la mort (le cimetière), et ce qui m'est arrivé tout à coup. » Et, d'autre part, « il y a une chose que je n'avais pas pensé à vous dire : j'ai eu l'impression, à ce moment-là, *qu'on me coupait la verge.* Mais « on », je ne savais pas qui c'était ».

Comme le traitement doit être interrompu à cause de son départ deux jours plus tard, nous utilisons le transfert qui est très bon, pour lui « permettre » l'acte sexuel, sans remords, lui assurant qu'il n'y a plus rien à craindre désormais.

Triomphant, il revient 11 jours plus tard, après son voyage de noces : « Tout s'est passé admirablement. » L'acte est spontané, l'érection complète, l'éjaculation normale. Après le coït, il n'éprouve aucune insatisfaction. Son moral est excellent. Il nous dit : « Eh bien, je crois que ce n'est plus la peine que je revienne. » D'ailleurs, il repart en voyage. Nous n'insistons pas, mais affirmons aussi qu'il est tout à fait guéri. Depuis deux mois, nous ne l'avons pas revu.

Est-il définitivement guéri ? Nous faisons la part de l'influence heureuse du mariage qui rend l'acte tout à fait « permis ». Le début de guérison en Angleterre, suivi d'une rechute complète, nous invite à la prudence, bien qu'il n'y ait aucun rapport entre les deux thérapeutiques. Nous sommes persuadés qu'il peut y avoir de nouvelles rechutes, parce que la trop grande brièveté du traitement ne nous a sans doute pas permis de liquider entièrement le complexe (par exemple, ce rêve névrotique à répétition qui n'a pu encore être revécu). Quelques séances supplémentaires de narco-analyse consolideraient alors complètement cette guérison.

COMMUNICATIONS

Documents et remarques sur une épidémie de 102 cas d'ostéomalacie, par M. Pierre Doussinet.

Dans le cortège des accidents de la dénutrition survenus du 1er janvier 1941 au 1er janvier 1946 à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand (1), les accidents ostéo-malaciques figurent les

(1) P. Doussinet, Y. Roussel, L. Larpent et Ch. Dorier : Bilan pathologique de cinq années de sous-alimentation en milieu psychiatrique. — B. Pommé, P. Doussinet et Daniel : Syndromes ostéo-myopathiques de nature carentielle : l'impotence fonctionnelle et le facteur musculaire. — J. Piollet, P. Doussinet et Nebout : Syndromes ostéo-myopathiques de nature carentielle : les altérations du squelette et le facteur ostéopathique. — Limousin, P. Doussinet et G. Petit : Etude anatomo-pathologique d'un cas de syndrome ostéo-myopathique de nature carentielle à la période cachectique. *Soc. des sc. méd. de Clermont-Ferrand,* séance du 28 fév. 1946.

tout derniers, n'ayant fait leur première et timide apparition qu'au cours du printemps 1944, et ne s'étant manifestés avec une véritable et saisissante ampleur qu'au cours de l'hiver 1944-1945 et du printemps 1945.

Nous avons enregistré au total 102 cas d'impotence fonctionnelle avec altérations plus ou moins graves du squelette et de la musculature et atteinte plus ou moins profonde de l'état général. Et, chose remarquable, les 102 cas ont été observés dans l'agglomération féminine correspondant à une population moyenne de 1.200 malades, alors que l'agglomération masculine paraît avoir été complètement épargnée.

Evolution clinique générale du processus malacique observé et principales formes cliniques. — A travers l'ensemble des faits observés, nous avons cru pouvoir discerner l'évolution générale schématique du processus morbide qui nous est apparue caractérisée par quatre grandes périodes :

une période pré-clinique de latence ;
une période de manifestations pré-paroxystiques ;
une période d'accidents paroxystiques aigus ou subaigus ;
une période ultime de cachexie terminale.

La période pré-clinique de latence est difficilement objectivable, mais son extrême vraisemblance se renforce encore du fait que, dans de nombreux cas, les premières manifestations cliniques sont consécutives à des épisodes infectieux et même à de simples épisodes physiologiques, comme les règles.

La période pré-paroxystique, lorsqu'elle existe, est la période des premières manifestations cliniques. Elle est d'ordinaire assez médiocrement caractérisée par des signes généraux vagues et torpides, tels que : amaigrissement plus ou moins progressif et baisse plus ou moins sensible de vitalité générale, mais, de façon beaucoup plus significative, encore qu'un peu confuse au premier abord, par un syndrome fonctionnel douloureux. Les malades peuvent accuser, en effet, des douleurs diffuses ou parler d'un vieux rhumatisme qui se réveille ; mais elles attirent en même temps l'attention sur l'existence et la fixité de certaines douleurs dans les régions lombo-sacrées, sacro-iliaques et pelviennes en général. Elles les ressentent comme des douleurs sourdes, permanentes, « alourdissantes », auxquelles elles attribuent un certain degré de gêne fonctionnelle dans les mouvements du tronc, dans les mouvements du bassin et dans les membres de la ceinture pelvienne. La durée de la période pré-paroxystique, dont le bilan humoral comme le bilan radiologique

est d'ordinaire peu accusé, s'est montrée assez variable, mais est habituellement de trois à six mois en moyenne. La période pré-paroxystique fréquemment observée au cours de notre épidémie est toutefois inconstante. Elle paraît correspondre à une atteinte précoce et primitive du rachis. Il est vraisemblable qu'elle réponde effectivement à une systématisation élective du processus au rachis, les accidents paroxystiques répondant au contraire à l'atteinte élective des ceintures.

La période paroxystique représente, au point de vue des altérations musculaires et osseuses, la période véritablement *active*. Elle est marquée par l'apparition d'accidents paroxystiques aigus ou subaigus tout à fait significatifs.

Au point de vue évolutif, les accidents paroxystiques s'inscrivent dans un véritable cycle à deux phases : une phase *active*, aiguë ou subaiguë, et une phase *résiduelle* de séquelles et de récupération.

Au point de vue séméiologique, les accidents paroxystiques sont marqués par deux grands traits cliniques principaux : l'impotence fonctionnelle douloureuse et l'altération de l'état général.

Dans les formes aiguës, l'impotence fonctionnelle douloureuse peut être à ce point intense que beaucoup de malades, auparavant valides, deviennent, en quelques jours ou quelques semaines, non seulement des grabataires, mais des gâteuses, ayant perdu jusqu'à la possibilité de se soulever pour recevoir le bassin. L'altération de l'état général est constante : l'anorexie, l'amaigrissement, le marasme physiologique général en sont les termes majeurs. Bien que l'apyrexie soit habituelle, on observe très fréquemment une hyperleucocytose assez importante pouvant atteindre 18 à 20.000 leucocytes par mm^3, avec éosinophilie constante et *myélocytose* parfois assez marquée.

Dans les formes subaiguës, l'ensemble des signes généraux et fonctionnels est habituellement observé, mais dans un tableau atténué qui peut évoluer parfois longtemps sur le *mode ambulatoire.*

C'est au cours de la phase paroxystique, essentiellement douloureuse et cachectisante, que se produisent les altérations graves du squelette et de la musculature.

La durée des accidents paroxystiques au cours de l'évolution spontanée est très variable, pouvant aller de quelques semaines à 15 ou 18 mois et plus. La mort peut survenir, dans les formes graves, du fait d'une complication infectieuse ou du fait de l'aggravation subite de l'état de marasme physiologique. Elle est rare : nous ne l'avons observée que trois fois.

La phase active de l'accident paroxystique se termine d'ordinaire par l'atténuation et la disparition des douleurs et le retour de l'*initiative motrice.* Cette accalmie marque le début de la phase résiduelle qui attire l'attention par le contraste qui se trouve réalisé entre, d'une part, l'amélioration de l'état général et du syndrome douloureux, et, d'autre part, la persistance des séquelles osseuses et musculaires parfois très importantes.

Les accidents paroxystiques sont sujets à récidives et l'évolution par poussées paraît être, notamment pour les formes subaiguës, la modalité évolutive spontanée habituelle au cours de la période paroxystique.

La période cachectique peut être l'aboutissement direct des accidents paroxystiques. Elle peut même se manifester au cours de leurs phases actives. Il est clair qu'elles doivent être aussi, dans la perspective de l'évolution spontanée, la résultante ultime des poussées paroxystiques successives.

Le polymorphisme des cas observés au cours de notre épidémie nous a incité à distinguer dans cet ensemble hétérogène un certain nombre de formes cliniques que l'on pourra retrouver dans nos précédents exposés.

Nous ne pouvons que mentionner ici les deux groupes de faits les plus remarquables : le premier, représenté par neuf cas de cyphose dorsale très accentuée, associés à d'importantes déformations thoraciques à siège sterno-costal, réalisant un véritable *syndrome de double gibbosité ;* le second, correspondant à l'existence d'un nombre appréciable de formes à *prédominance musculaire*, où l'élément musculaire, paroxystique ou résiduel est à ce point prépondérant qu'il paraît constituer l'essentiel du syndrome. L'existence et la fréquence de ces formes sans lésions osseuses radiographiquement appréciables ont particulièrement retenu notre attention et nous ont incité à une étude plus approfondie du facteur musculaire qui ne nous apparaît pas comme un simple élément secondaire ou réflexe, mais comme un élément fondamental et constituant du syndrome observé. C'est pour mettre en relief cette préoccupation et ce point de vue que nous avons, avec MM. Pommé et J. Piollet notamment, présenté les résultats de notre étude sous la rubrique de *syndromes ostéo-myopathiques.*

Données épidémiologiques. — Nos 102 cas de syndromes ostéomalaciques ont donc été observés uniquement chez des femmes. Ils se sont manifestés à tous les âges entre 26 et 77 ans. Ils nous sont apparus en beaucoup plus forte proportion (40 %

des cas environ) entre 50 et 60 ans, rares avant 30 ans (3 cas), très rares après 70 ans (1 cas). C'est sur le terrain représenté par les psychopathies anciennes et chroniques que s'est toujours manifestée l'affection. Les malades atteintes se répartissent en effet de la façon suivante :

42 démentes précoces et schizophrènes,
38 délirantes chroniques,
12 périodiques à accès répétés et fréquents dont l'état était, depuis des années, incompatible avec une vie sociale normale,
2 psycho-névropathes chroniques,
4 arriérées profondes,
4 épileptiques avec troubles du caractère.

Il convient d'insister sur le fait que ce terrain fondamental de psychopathes chroniques était en même temps, et depuis plusieurs années, un terrain de dénutrit et de carencé, sur lequel s'était déjà manifesté, la plupart du temps, un autre accident carentiel, notamment œdémateux et diarrhéique.

D'autre part, et c'est probablement dans ce facteur qu'il faut chercher l'explication de l'ampleur jusqu'alors unique, semble-t-il, de notre épidémie, des conditions hygiéniques défavorables ont constamment sévi dans notre agglomération féminine, de 1941 à 1946, du fait de l'afflux de malades réfugiées en provenance d'établissements réquisitionnés ou sinistrés, et du fait de nombreux cas de maladies infectieuses diverses et particulièrement de typhoïde.

Quant aux conditions alimentaires, il est certain qu'en dépit des efforts déployés et des sacrifices financiers consentis, elles ont été très défectueuses. La valeur énergétique de notre régime, normale de 1941 à 1946, a oscillé, en effet, entre les chiffres de 1.000 et 1.500 calories, avec une moyenne de 1.400 calories. Le déséquilibre alimentaire, en quantité et en proportion, a été permanent, répondant, pour l'année 1945 par exemple, en quantité, aux moyennes quotidiennes de 43 gr. 30 de protides, de 12 gr. 50 de lipides, de 268 gr. 70 de glucides, et, en proportion, aux moyennes quotidiennes de 6,17 % de protides, de 1,46 % de lipides et de 31,43 % de glucides. Le déficit en calcium alimentaire a été très marqué tout au long de ces cinq années, la ration journalière de Ca pouvant être évaluée au chiffre infime de 14 centigrammes. Nous avons donc enregistré les conséquences d'une sous-alimentation globale prolongée et d'une véritable famine lipidique et calcique.

Syndromes ostéo-myo-pathiques de carence. Séméiologie de l'impotence fonctionnelle. Données pathogéniques et thérapeutiques, par M. Pierre DOUSSINET.

Pendant toute la durée de l'évolution clinique du processus, *l'impotence fonctionnelle* occupe le premier plan de la séméiologie clinique. Elle se présente sous deux aspects principaux : comme élément constituant du syndrome pré-paroxystique, et surtout paroxystique, elle est à la fois déficitaire et douloureuse ; comme résidu post-critique, elle n'est plus douloureuse et se présente comme un déficit.

Au cours de l'épidémie observée, l'impotence fonctionnelle s'est toujours manifestée avec une électivité constante pour tous les mouvements modificateurs de la statique du tronc et du bassin et pour les mouvements des membres inférieurs ; et, fait digne d'intérêt, elle a, dans presque tous les cas, affecté, au niveau des membres inférieurs, une prédominance *unilatérale* marquée, donnant à certaines épreuves l'impression d'une monoparésie crurale. Nous nous sommes attaché à la détermination d'*épreuves fonctionnelles* susceptibles d'en favoriser l'objectivation clinique, et avons finalement fixé notre choix sur les épreuves suivantes :

1° *Epreuve du passage de la station couchée à la station assise.* — Les malades ne l'exécutent qu'en s'agrippant de chaque côté, à l'aide de leurs mains, à leurs draps et couvertures, et en utilisant au maximum l'action de traction des bras.

2° *Epreuve du passage du décubitus dorsal au décubitus ventral.* — Les malades la réussissent à grand'peine. Elles évitent de se mettre à plat sur le plan du lit, en s'efforçant de maintenir leur buste relevé à l'aide de leurs coudes. En période paroxystique, la réalisation passive par traction sur les pieds, qui provoque un mouvement de redressement du bassin, peut être intolérable, arrachant des cris de douleur aiguë.

3° *Epreuve du passage de la station couchée à la station debout.* — Cette épreuve est d'ordinaire exécutée en trois temps. Dans un premier temps, les malades se redressent à l'aide de leurs bras en position assise ; dans un deuxième temps, s'aidant toujours de leurs membres supérieurs, elles font pivoter leurs membres inférieurs autour de leur bassin ; dans un dernier temps, elles parviennent, à force de jouer sur les bras, à poser les pieds à terre et à se redresser en position debout.

4° *Epreuve du passage de la station debout à la station couchée.* — Les malades abordent spontanément leur lit, non pas de face, mais de dos, et, en s'asseyant, elles exécutent, en inversant, la manœuvre précédente en trois temps. Si on les oblige à aborder leur lit de front, elles parviennent à monter sur le lit en utilisant au maximum leurs membres supérieurs et en commençant toujours par poser, sur le plan du lit, le genou du membre inférieur le plus impotent.

5° *Epreuve du ramassage à terre d'un poids de 2 kg.* — Cette épreuve, exécutée par le sujet debout, comporte deux mouvements : celui du ramassage et celui complémentaire du dépôt du poids à terre. Dans ces deux mouvements, parfois assez douloureux, surtout le second, le sujet fléchit les cuisses et s'arc-boute sur la cuisse opposée au membre qui accomplit l'acte de ramassage ou de dépôt.

6° *Epreuve du passage de la station debout à la station assise sur un siège, et inversement.* — Les malades réalisent les deux temps de cette épreuve avec une particulière lenteur en s'arcboutant de toutes leurs forces au siège avec les membres supérieurs.

7° *Epreuve de la montée d'un escalier.* — L'ascension se fait marche à marche, le sujet s'accrochant et tirant sur la rampe. Le sujet porte d'ordinaire, sur le degré supérieur, le membre sain le premier.

8° *Epreuve de la descente d'un escalier.* — La descente s'effectue également marche par marche, le sujet s'appuyant à la rampe et posant d'ordinaire, sur le degré inférieur, le membre le plus impotent le premier.

9° *Epreuve de la marche libre.* — Dans les cas d'impotence très marquée, les malades parviennent à grand'peine à faire le tour de lit en s'appuyant et s'agrippant à ce dernier ; elles exécutent alors des mouvements très lents de *décollement* des pieds en commençant par le talon ; parfois, elles ne décollent même que le membre le plus impotent, faisant exécuter au membre sain de petits mouvements de translation saccadée, sans décoller le pied du sol. On peut observer, dans les cas d'impotence à peu près égale des membres inférieurs, la démarche à petits pas, la démarche en canard.

La variété de démarche la plus fréquemment observée au cours de notre épidémie, au point d'en constituer une des caractéristiques, a été la démarche avec *inclinaison latérale du côté le moins*

impotent. Cette modalité de démarche frappe parfois à l'évidence. Dans les cas plus légers, il convient de faire marcher le malade devant soi, les bras ballants le long du corps, et d'observer spécialement les mouvements des épaules, l'inclinaison latérale de l'épaule marquant de façon particulièrement nette l'accentuation de la pesée sur le membre le plus solide.

10° *Epreuve de la marche accompagnée.* — Elle consiste à accompagner le malade dans sa marche en lui donnant le bras, tour à tour du côté sain et du côté impotent. Elle permet d'apprécier la différence d'accentuation de la pesée, très sensiblement plus marquée du côté le moins impotent.

11° *Epreuve de la claquette.* — Elle se pratique en faisant chausser au malade des sandales à semelles de cuir ou de bois avant de les faire marcher sur un parquet sonore. Elle permet d'apprécier la différence d'agilité des deux membres, qui se traduit assez fréquemment par le pas le plus bruyant ; plus traîné ou plus claqué du côté le plus impotent. Ce signe peut être corrigé par l'attention de la malade et nécessite, par conséquent, d'être recherché à son insu.

12° *Epreuve de la station unipède.* — Par la difficulté ou l'impossibilité de sa réalisation d'un côté, elle permet également l'appréciation de la prédominance de l'impotence.

Dans la très grande majorité des cas, l'impotence fonctionnelle est sous la dépendance presque exclusive du *facteur musculaire.* Elle relève à la fois de deux des éléments fondamentaux du facteur musculaire : la douleur et le déficit, le troisième étant réprésenté par l'amyotrophie.

Données pathogéniques et thérapeutiques. — Le problème pathogénique posé par cette variété d'accidents carentiels a été éclairé par les travaux de nombreux auteurs contemporains sur les ostéopathies de famine et notamment sur le syndrome de Looser-Debray-Milkman (1).

Le bilan humoral de l'ostéopathie de famine a été dressé dans un article récent par MM. de Gennes et Deltour (2). Il s'établit ainsi : calcémie et phosphatémie normales ; activité phospha-

(1) On trouvera l'ensemble de la bibliographie des travaux français contemporains dans notre mémoire : P. Doussinet et Y. Roussel. — *Cinq années de dénutrition et de carence en milieu psychiatrique,* Clermont-Ferrand, 1946.

(2) L. de Gennes et G.-H. Deltour. — Le bilan humoral des ostéopathies de famine. *Presse médicale,* 15 décembre 1945.

tasique légèrement augmentée ; rapport K/Ca légèrement augmenté par suite de l'augmentation de la kaliémie.

Au point de vue pathogénique, MM. de Gennes et Deltour estiment que les ostéopathies de famine relèvent d'une carence complexe : carence minérale portant sur le Ca et le phosphore ; carences calci-pexiques portant sur les vitamines C et D ; carences qualitative et quantitative très prononcées en lipides et protides. D'autres auteurs insistent encore sur la carence actinique et la perturbation qui en découle pour le métabolisme des stérols.

Ce qui paraît se dégager des derniers travaux publiés en France, c'est que l'ostéopathie de famine, parvenue au stade des accidents paroxystiques, ne résulte plus d'un simple mécanisme de prélèvement de Ca sur les réserves osseuses, mais d'un trouble infiniment plus complexe du métabolisme de ce sel, du métabolisme osseux et, sans doute aussi, du métabolisme général. Comme en témoigne l'augmentation de la déperdition du calcium par les excreta (urines et fèces), observée par MM. de Gennes et Deltour, et les curieux phénomènes de transferts calciques anormaux sous forme de dépôts calcaires linéaires dans le tissu cellulaire sous-cutané signalé par ces auteurs.

En ce qui nous concerne, nous avons pu vérifier l'habituelle fréquence du taux normal de la calcémie et constater, dans un certain nombre de cas à l'acmé des phases aiguës, un abaissement appréciable du taux des protides totaux.

Nous avons constaté avec une grande fréquence, sur les clichés radiographiques, d'anormales densifications et opacifications des tissus, et surtout des *seins*, et, sur le plan anatomique, d'étranges calcifications d'organes, en particulier d'un utérus qui dut être prélevé à la scie, alors que, par saisissant contraste, une branche iléo-pubienne, par exemple, pouvait être aisément sectionnée au ciseau.

Tous ces faits semblent donc plaider en même temps en faveur d'un mécanisme de décalcification paroxystique, d'une véritable saignée calcique et d'une perturbation profonde du métabolisme et de la répartition de ce sel ; ce qui traduit, en définitive, l'existence d'un dérèglement physiologique général du système endocrino-végétatif sur des terrains prédisposés, dénutrits et carencés.

Au point de vue thérapeutique, notre expérience apporte, en gros, une nette confirmation des résultats enregistrés et des opinions émises par les auteurs contemporains en faveur de la curabilité des osthéopathies de famine, sous la réserve, évidemment,

d'instituer le traitement avant la période cachectique, et, partant, d'être initié à la nouveauté de cette pathologie et à la variabilité de ses aspects cliniques.

Après quelques tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à une technique qui met en œuvre simultanément les diverses ressources thérapeutiques actuelles. Cette technique comporte :

1° l'administration quotidienne « per os » en deux fois de 6 gr. de phosphate tricalcique mélangé aux aliments ;

2° l'administration quotidienne simultanée de 24.000 unités de vitamines D2 (soit 30 gouttes de stérogyl en deux fois) et de 10 centigrammes d'acide ascorbique (vitascorbol) ;

3° trois séances hebdomadaires de 5 m. d'uvéthérapie en application générale.

Dans les formes aiguës graves, nous prescrivons, de préférence, le gluconate de calcium à la dose d'une ampoule intraveineuse quotidienne de 10 cm^3 3, et nous avons, en outre, recours à un enrichissement du régime alimentaire en sucre sous la forme d'une surcharge quotidienne de 50 ou 100 gr. de saccharose ordinaire.

Dans les formes récentes, quelle que soit leur gravité, les résultats thérapeutiques peuvent être excellents, et l'on peut, après deux ou trois mois de traitement en moyenne, parler de « restitutio ad integrum ».

Après quatre ou cinq mois d'évolution plus ou moins torpide ou plus ou moins aiguë, le traitement fait encore montre d'activité considérable. A la période cachectique même, on obtient de très sensibles améliorations de l'état général.

La séance est levée à 11 heures 45.

Le Secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 7 mars 1946

Présidence : M. SCHAEFFER, président

Les conséquences des lobectomies occipitales,
par MM. M. DAVID, H. HECAEN, J. DE AJURIAGUERRA et H. SAUGUET.

A propos de quatre cas de lobectomie occipitale, les auteurs étudient le problème de la restauration des fonctions psycho-visuelles. Il semble s'agir davantage d'une adaptation par modification du comportement général que d'une véritable restitution de fonction, et cette réorganisation ne paraît pouvoir s'accomplir qu'en cas de destruction très importante mettant complètement hors de fonction le système envisagé.

Gliome extramédullaire à forme ataxique,
par MM. L. ROUQUÈS, M. DAVID, et J. PAUTRAT.

Observation de tumeur médullaire avec ataxie, hypotonie et perte complète de la sensibilité profonde. La tumeur comprimait les cordons postérieurs au niveau des vertèbres D 11 à L 1. Cette symptomatologie spéciale a été signalée aussi dans des compressions prémédullaires, elle ne permet donc pas de porter un diagnostic de localisation en largeur, diagnostic toujours aléatoire. Il s'agissait d'un astrocytome extramédullaire relié à la moelle par un pédicule étroit, variété rare de gliome dont les auteurs discutent l'origine.

Valeur nosographique et histogénétique des images en rosette dans les tumeurs nerveuses centrales, par MM. L. Cornil, J.-E. Paillas et H. Gastaud.

Eliminant les formations périthéliomateuses, les auteurs définissent les rosettes comme un rassemblement cellulaire ordonné autour d'un centre virtuel luminal ou vasculaire. On les observe dans les neuro-épithéliomes, les épendymo-blastomes, les épendymocytomes, les glioblastomes et les astroblastomes.

Giganto-pseudo-acromégalie et hydrocéphalie latente sans tumeur hypophysaire, par MM. Cl. Vincent, F. Thiébaut et G. Guiot.

Présentation d'un malade pris pour un acromégale et traité par la radiothérapie. En réalité, l'aspect morphologique diffère de celui des acromégales. Il ne s'agit pas d'une tumeur de l'hypophyse et le syndrome paraît lié à une hydrocéphalie ancienne latente, révélée par la ventriculographie et l'encéphalographie. Le diagnostic exact conduit à traiter de tels malades comme des hydrocéphales et non comme des acromégales.

Syndrome acromégalique par kyste sus-sellaire, par MM. G. Guillain, J. Guillaume et S. Godlewski.

Présentation d'une jeune fille ayant un syndrome typique d'acromégalie. L'intervention montra un volumineux kyste sus-sellaire. L'hypophyse, entièrement contenue dans la selle, n'atteignait pas en avant le toit de la loge hypophysaire et apparaissait petite. Dès le premier mois après l'opération, une amélioration de l'acromégalie est constatable. Les auteurs insistent sur l'absence d'un adénome macroscopique et posent la question d'une perturbation des cellules éosinophiles sous l'influence du kyste sus-jacent ou d'un micro-adénome inapparent.

Les troubles psychiques de la sclérose tubéreuse de Bourneville, par MM. J. Delay et Pichot.

Présentation d'une enfant atteinte de sclérose tubéreuse avec adénomes, crises d'épilepsie, débilité mentale ; on note des calcifications cérébrales et de grosses anomalies de remplissage. L'état mental est caractérisé par une débilité et des troubles caractériels à type épileptoïde, avec gaucherie et écriture en miroir.

Phakomatose et maladie de Sturge-Weber-Krabbe, par MM. J. Delay et Pichot.

Présentation d'une malade chez qui une angiomatose cutanée étendue, un glaucome, des crises épileptiques et de grosses calcifications occipitales signent le diagnostic de maladie de Sturge-Weber-Krabbe. Les auteurs signalent d'autres troubles associés : pigmentation irido-sclérotique et cutanée, hyperplasie du massif facial, oligophrénie ayant nécessité l'internement.

Trois cas d'oblitération inflammatoire du trou de Magendie guéris par ouverture de la lame sus-optique, par MM. J. Guillaume, Ch. Ribadeau-Dumas et G. Mazars.

Observations de trois malades atteints d'hypertension intra-cranienne grave et présentant le tableau, l'un d'une tumeur fronto-calleuse, les autres d'une tumeur postérieure, ayant en réalité une oblitération inflammatoire du trou de Magendie, qui furent guéris par l'ouverture de la lame sus-optique.

Valeur thérapeutique et diagnostique de l'ouverture de la lame sus-optique, par MM. J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas.

MM. J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas insistent sur l'efficacité de cette méthode dans les hypertensions par obstruction inflammatoire de l'aqueduc de Sylvius ou du trou de Magendie, dans certaines tumeurs inextirpables et dans l'hydrocéphalie ventriculaire du nourrisson. Elle constitue dans les tumeurs de la fosse postérieure un premier temps permettant la disparition de l'hypertension et évitant les accidents post-opératoires de décompression brusque. Enfin, dans certaines hypertensions chroniques d'étiologie incertaine, où la ventriculographie est dangereuse, l'injection de lipiodol dans le 3e ventricule après ouverture de la lame et des radiographies dans diverses positions de la tête, permettent de préciser le siège et la nature de la lésion.

Formes chirurgicales des neuro-brucelloses, par MM. H. Roger, J.-E. Paillas et J. Boudouresques.

Principaux aspects chirurgicaux des manifestations nerveuses des brucelloses qui peuvent survenir, soit pendant la maladie, soit dans l'année ou les deux années qui suivent. Les spondylites pseudo-pottiques se traduisent par une douleur cédant mal au repos, de la contracture, un décalage vertébral et parfois de volumineux abcès d'allure froide qui guérissent bien, même après fistulisation. Sur les radiographies, on voit des lésions distinctives avec des ostéophytes de réparation. Dans quelques cas, on note des signes cliniques de compression médullaire. Les arachnoïdites chroniques sont presque toujours associées à des myélites et la laminectomie ne peut qu'aider l'action du traitement médical. Les méningo-ventriculites hypertensives de la fosse postérieure peuvent céder à une simple ponction ventriculaire.

Clonie localisée à l'œil gauche au cours d'une névraxite à type de sclérose en plaques, par MM. J.-A. Chavany, F. Thiébaut et S. Daum.

Présentation d'un malade atteint de névraxite évoluant par poussées chez lequel on constate une clonie monoculaire. L'axe de l'œil décrit une ellipse antihoraire, au rythme de 140 par minute. Le mouvement s'atténue dans les déplacements volontaires de l'œil et après injection de scopolamine. Il est momentanément supprimé au cours de l'épreuve calorique de Barany. Il disparaît au cours du sommeil provoqué ou spontané un peu avant la suppression de la conscience et réapparaît quelques minutes après le réveil.

Lunettes spéciales destinées à l'observation de la contre-rotation oculaire, par M. J.-A. Barré.

M. A. Barré présente des lunettes de Bartelo modifiées avec un verre convexe et un verre noir interchangeables. Un petit disque mobilisable sur une tige perpendiculaire au plan des verres permet de fixer l'axe du regard, si bien que seul le mouvement de contre-rotation subsiste.

Vertiges et troubles des déviations provoquées d'origine probablement otolithique, par M. J.-A. Barré et Mlle Helle.

Observation d'un sujet ayant eu des otites à répétition et qui, à partir de 18 ans, a présenté des vertiges extrêmement violents, des impressions bizarres (il croit la vitesse de sa bicyclette plus grande qu'elle n'est en réalité, il s'imagine que la roue avant s'enfonce dans le sol) et une hyper-sensibilité aux déplacements brusques dans le sens vertical. L'épreuve calorique est normale mais la sensation inversée. La contre-rotation oculaire est complètement abolie, ce qui semble indiquer que l'appareil otolithique est intéressé d'une façon importante.

Société belge de neurologie

Séance du 30 mars 1946

Présidence : M. CHRISTOPHE, président

Syndrome de Claude Bernard-Horner dans un cas de sclérose latérale amyotrophique, par M. E. Dumont.

Présentation d'un homme de 57 ans, chez lequel on a vu se développer rapidement, depuis sept mois, une sclérose latérale à prédominance droite atteignant le cou, la face et les membres supérieurs. Un syndrome de Claude Bernard-Horner d'intensité variable est apparu récemment et ne s'explique par aucune cause décelable. Des troubles sympathiques ont été signalés dans cette affection, mais l'auteur n'a pas trouvé de cas analogues dans la littérature.

Rapports de l'amyotrophie Charcot-Marie avec la névrite hypertrophique (Dejerine-Sottas) et la dystasie aréflexique héréditaire (Roussy-Levy) par Mme André van Leeuwen.

Une enquête familiale systématique pratiquée chez les collatéraux d'un sujet atteint de névrite hypertrophique typique (vérifiée par biopsie) a mis en évidence, chez douze d'entre eux, des signes plus ou moins manifestes d'amyotrophie neurale, sans aucun épaississement des nerfs périphériques. L'autopsie pratiquée dans un des cas a confirmé l'absence d'hyperplasie schwannique ou conjonctivale. En même temps qu'elle affirme l'unicité fondamentale de la névrite hypertrophique et de l'amyotrophie de Charcot-Marie, l'étude de cette souche fait ressortir les différences caractéristiques dans leur tableau clinique.

Dans une seconde famille, comportant huit sœurs, deux d'entre elles présentent la symptomatologie d'une névrite hypertrophique à un stade d'évolution déjà avancé. Chez deux autres sœurs, le tableau clinique est tout à fait analogue à celui de la dystasie aréflexique héréditaire et l'évolution de l'affection, chez elles, est aussi celle de la maladie de Roussy-Lévy. On est donc amené à admettre une origine commune pour ces deux affections. En outre, l'étude de ces deux souches confirme l'hypothèse émise précédemment, d'une relation étroite entre manifestations de névrite hypertrophique et troubles pupillaires hérédo-généïatifs.

Les cavernomes cérébraux, par Mme Louis-Bar.

L'auteur rapporte quatre observations anatomo-cliniques de cavernomes, en attirant l'attention sur les difficultés du diagnostic et sur les services que peut rendre éventuellement l'artériographie. Cliniquement, ce sont souvent des cas d'épilepsie « essentielle » ou tardive.

Toutes les malformations angiomateuses peuvent coexister. Après une étude anatomo-pathologique très fouillée, l'auteur discute les rapports entre les différentes angiomatoses et la classification de ces lésions.

Un cas d'angiome intracérébral, par M. R. Verspreeuwen.

Histoire clinique d'une jeune fille de 17 ans qui, à la suite d'un changement brusque de température, présenta une hémiplégie gauche avec liquide céphalo-rachidien sanglant. Les troubles rétrocédèrent en grande partie puis apparurent des phénomènes épileptiques. L'artériographie démontra l'existence d'un peloton vasculaire dans la région pariéto-occipitale droite. L'état général de la malade ne permettant pas l'intervention, on pratiqua une ligature de la carotide, suivie de ponction de l'artère en aval et d'irradiations.

J. Ley.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 30 mars 1946

Présidence : M. P. van GEHUCHTEN, président

La situation mondiale, source de conflits chez la jeunesse, par le professeur Dr J.-A. Lauwerys (de Londres).

La situation psychologique de l'enfant et de l'adolescent, spécialement dans les pays libérés, a été étudiée systématiquement par la commission d'enquêtes de la Conférence interalliée des ministres de l'éducation, dont le distingué conférencier était le directeur. Un rapport a été présenté à l'U.N.E.S.C.O. (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation) et dans quelques semaines un premier rapport sommaire sur les résultats de cette entreprise sera publié. L'auteur expose divers aspects des questions envisagées et des résultats obtenus. Le problème de la crise d'adolescence a retenu particulièrement l'attention. D'après les recherches anthropologiques de Margaret Mead, on savait déjà que cette période de tension et de conflits est inexistante chez les peuplades des îles Samoa, étudiées par cet auteur. Les raisons profondes de cette remarquable différence avec les « civilisés » se trouvent dans les situations sociales discordantes de la société moderne, où les besoins matériels, affectifs, rationnels et supranaturels des adolescents ne sont point satisfaits ; les expériences de guerre ont pleinement confirmé ces constatations, mais en sens inverse : l'étude approfondie des réactions psychologiques des enfants évacués, des enfants de collaborateurs et particulièrement des enfants sauvés des camps de concentration, montre que l'état aigu de crise se rattache à la déficience des conditions nécessaires au sentiment fondamental de sécurité humaine. Des indications éducatives générales, déjà en voie d'exécution, résultent de ces constatations.

Au cours de la discussion, le professeur Lauwerys signale l'augmentation de la délinquance juvénile en Angleterre comme dans les autres pays, mais des statistiques comparables n'ont pas encore pu être établies. L'expérience de guerre a d'autre part montré combien la jeunesse anglaise a paru en général plus heureuse au cours de ces années tragiques : elle a été dans l'ensemble mieux nourrie qu'en temps de paix, grâce à l'absence de chômage et partant de misère ; les jeunes trouvaient plus facilement un emploi ; ils furent fréquemment enrôlés dans des mouvements de jeunesse à but héroïque. Le sentiment de sécurité, de stabilité, si nécessaire aux jeunes, en fut considérablement fortifié. Un des buts de l'éducation devra être de satisfaire chez la jeunesse ce besoin de sécurité et d'idéal.

Sur l'étiologie de deux cas de psychose maniaque-dépressive,
par MM. T. Henusse et R. Baudoux.

Présentation de deux malades atteints d'une inter-sexualité importante avec narcissisme, et dont les épouses présentent le type viriloïde. Les symptômes maniaco-dépressifs ont apparu à l'époque critique de la 33e année, et peuvent être interprétés comme un va-et-vient entre deux attitudes opposées : la lutte contre le sentiment d''infériorité et l'expansion des tendances narcissiques, produisant des alternatives d'insurrection et d'effondrement. Cette hypothèse constitue une tentative de reconnaître une ligne logique dans des manifestations en apparence incohérentes.

⁂

La Société décide que les séances scientifiques qui doivent avoir lieu à l'occasion de la célébration de son 75e *anniversaire* et du *cinquantenaire de la Société belge de neurologie,* se tiendront, la première à *Gand* le *samedi 28 septembre,* les suivantes à *Bruxelles,* les *dimanche 29* et *lundi 30 septembre 1946.*

J. Ley.

Séance du 4 mai 1946

Présidence : M. P. Van GEHUCHTEN, président

Les hypoglycémies dites prolongées,
par M. le professeur Hoet (de Louvain)

En médecine interne, au décours du coma acidosique, on peut observer comme dans l'insulinothérapie des comas prolongés, qui ne sont plus le résultat d'une hypoglycémie. Après avoir rappelé les mécanismes de la glyco-régulation, le conférencier analyse la symptomatologie polymorphe de l'hypoglycémie et discute son mécanisme hormonal. Les signes de souffrance du système nerveux sont très différents d'après les individus, et aussi d'un moment à l'autre chez le même individu. La réversibilité du coma est parfois immédiate, parfois tardive. Ce sont les causes de cette sensibilité variable du système nerveux qu'il faut étudier.

A la lumière de deux cas personnels de comas prolongés par fausse hypoglycémie, l'auteur montre l'intervention probable de la carence en nicotinamide et des troubles de l'appareil fermentaire, qui rendraient le système nerveux inapte à fixer l'oxygène. Dans les cas graves, il se produit en outre des lésions du système nerveux central, notamment de l'hypothalamus. C'est vers l'étude de cette fragilité particulière du système nerveux qu'il faut orienter les recherches.

La convulsivothérapie de la paralysie générale,
par M. K. VAN ACKER.

Depuis deux ans, l'auteur traite les paralytiques généraux uniquement par la convulsivothérapie au cardiazol, sans traitement spécifique consécutif, et sans contrôle des réactions sérologiques. Il a obtenu des résultats immédiats très satisfaisants, et estime que ce traitement doit remplacer la malariathérapie.

Les interprétations théoriques de l'auteur de même que ses conclusions pratiques manquent de bases scientifiques et de contrôle.

J. LEY.

Groupement belge d'Etudes oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

---

Séance du 27 avril 1946

Présidence : M. P. MARTIN, secrétaire

Rétinite pigmentaire familiale associée à une amyotrophie neurale,
par MM. DUMONT, POTVIN et MASSION-VERNIORY.

Présentation d'un malade de 43 ans, atteint depuis douze ans de troubles visuels et d'amyotrophie progressive des jambes, s'arrêtant au niveau des genoux. Il n'existe ni fibrillations, ni secousses musculaires. Une sœur présente depuis deux ans une rétinite pigmentaire bilatérale avec atrophie optique ; une nièce est atteinte de névrite optique. Le malade a souffert également de vertiges et de tremblements des membres supérieurs. L'examen ophtalmologique révèle une rétinite pigmentaire bilatérale de type périphérique avec acuité visuelle réduite à 1/50e.

La sensibilité est légèrement diminuée au niveau des malléoles ; il n'y a jamais eu ni douleurs, ni crampes. L'examen chronaxique montre qu'il s'agit d'une dégénérescence bilatérale à topographie nerveuse intéressant les deux branches du sciatique. Le nerf sciatique poplité externe est induré et hypertrophié. Le liquide céphalo-rachidien est normal, à part une très forte albuminorachie, ayant atteint jusqu'à 4 gr. 20. Discussion du diagnostic.

Syndrome de polynévrite consécutif au développement de formations néoplasiques intéressant les racines craniennes et rachidiennes. Contribution à l'étude des formes anatomo-cliniques de la sarcomatose méningée, par M. A. Biemond (d'Amsterdam).

A propos d'une observation personnelle, l'auteur montre que la sarcomatose méningée peut revêtir une forme tumorale au niveau des racines craniennes et rachidiennes, avec un envahissement minime des espaces lepto-méningés. L'état général longtemps conservé, un abaissement marqué de la glycorachie précédant le développement d'une réaction cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien est un signe qui s'observe également dans les sarcomatoses méningées de forme classique. L'absence de signes d'hypertension cérébrale, l'absence de progression rapide, la durée de l'affection, distinguent cette forme « pseudo-polynévritique » et « pseudo-neurofibromateuse », de la forme habituelle de la maladie d'Ollier.

Arachnoïdite opto-chiasmatique par intoxication méthylique, par M. François (de Charleroi).

L'auteur relate le cas d'un homme de 54 ans qui présenta, à la suite d'absorption d'alcool méthylique, des accidents visuels graves dont l'évolution se fit en trois périodes : 1° amaurose complète après quelques jours; 2° amélioration passagère pendant plusieurs semaines ; 3° aggravation tardive vers le 3e mois par arachnoïdite opto-chiasmatique constatée à l'intervention. Malgré celle-ci, l'état du malade s'aggrava encore et finit par se stabiliser un an environ après le début de l'affection. Il persiste un scotome bilatéral important avec rétrécissement des champs visuels.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les enfants nerveux. Leur dépistage et leur traitement par les services médico-pédagogiques, travaux rassemblés par les D[rs] N. Béno, H. Bersot, L. Bovet (1 vol. 186 pages, *in* « Actualités pédagogiques et psychologiques ». Delachaux et Niestlé édit., Neuchâtel et Paris 1946).

Dans la riche collection publiée sous les auspices de l'Institut des sciences de l'éducation de l'Université de Genève, paraît sous ce titre, en hommage au D[r] André Repond, directeur de l'Etablissement psychiatrique cantonal du Valais, et à l'occasion de son 60[e] anniversaire, l'historique de ses initiatives et de ses efforts couronnés de succès pour la création (en 1930) et la mise au point d'un service médico-pédagogique rattaché à cet Etablissement, en même temps qu'un Service social. Résultats tels qu'ils ont servi de modèle. Les assistantes formées à Malévoz ont essaimé partout en Suisse romande, y créant des organismes continuateurs des « Child's guidance clinics », fondées en Amérique il y a une trentaine d'années mais ayant cependant leur physionomie propre.

Ce service, en effet, n'est pas seulement un service de dépistage, de diagnostic, ne se contente pas non plus de conseiller, d'indiquer les mesures à prendre, il assure lui-même la thérapeutique de chaque cas particulier. Des articles du *D[r] Béno* et de *Mlle Germaine Guex* exposent son histoire, son développement et son organisation actuelle dans le canton du Valais.

Le *D[r] H. Bersot* et le *D[r] L. Bovet* signalent les réalisations du canton de Neuchâtel et du canton de Vaud. *M. Edouard Laravoire* indique ce qui a été fait dans le canton de Genève et *M. André Rey* rappelle que, dès la fondation de l'Institut J.-J. Rousseau, le regretté professeur Claparède y avait marqué la place d'un service médico-pédagogique.

Dans le canton du Valais, le travail médico-pédagogique consiste en dépistage, causeries et conférences à la population, cours dans les écoles de nurses, examens d'orientation professionnelle, examens de délinquants suivis de propositions au juge sur les mesures à appliquer à l'enfant ou à l'adolescent, « séminaires » hebdomadaires réunissant le médecin et les assistantes qui lui rendent compte et auxquelles il donne ses directives pour chaque enfant et dans toute situation. Ces diverses tâches sont exposées

par *M. Rily Bertrand*, tandis que *Mlle Antoinette Bresse-Odier* montre l'activité, la vie, la formation de ces assistantes du Service médico-psychologique valaisan, dont *Mlle Madeleine Backes-Thomas* indique les divers modes de contact avec le public.

Des exemples pratiques, des faits cliniques et thérapeutiques (exemple d'intervention médico-pédagogique par *Mlle Hélène Monard ;* complexe d'abandon, par *Mlle Violette Jéquier ;* cas et traitement d'énurésis par *Mlle Jeanne Sauthier ;* histoires racontées par des enfants, par *Mlle Edith Herzog ;* essais d'application du test Düss, méthode des fables en psychanalyse, par *Mlle Marguerite Roth*) illustrent de façon fort intéressante ce très utile livre, qui montre les moyens employés et les résultats remarquables obtenus par le Dr André Repond. Par son initiative féconde, par son action continue, il a su mettre au point une œuvre grandement efficace, la faire pénétrer dans des milieux primitivement ignorants des problèmes posés, souvent même hostiles aux solutions offertes. Tous ceux qui ont vu naître le service médico-pédagogique du Valais, qui ont vu ce service affirmer peu à peu son emprise salutaire sur la population, se constituer en un tout homogène, devenir un modèle pour les cantons voisins, s'associeront au légitime hommage rendu au Dr André Repond.

Du bel établissement psychiatrique cantonal qu'il dirige, établissement fondé par son père, il a réussi à faire le centre d'une assistance psychiatrique externe, étendant son action, non seulement aux malades et aux infirmes de l'esprit mais, avec le concours de l'Association « Pro infirmis », à toutes les infirmités physiques dont les victimes présentent si souvent des états psychiques particuliers appelés à bénéficier du concours d'un psychiatre averti. Cela, malgré l'obstacle d'une population disséminée en haute montagne et d'accès parfois très difficile.

N'y a-t-il pas dans ces initiatives et dans ces succès un exemple dont il conviendrait de s'inspirer ailleurs ?

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Esquisse d'une ethno-psycho-pathologie, par H. AUBIN (*L'Algérie médicale*, décembre 1945).

Liées à l'anatomie et aux diverses sciences fondamentales qui étudient les populations envisagées (morphologie générale, cadres typologiques, particularités biologiques, etc.) et à l'ethnographie qui en relate les coutumes, les données sociologiques, psychologiques, pathologiques, permettront ce travail d'ensemble que M. H. Aubin propose de désigner sous le nom d'ethno-psycho-pathologie.

S'élevant contre les théories qui tendent à assimiler les maladies mentales à une régression vers la mentalité primitive, M. H. Aubin montre par

des exemples comment les résultats de ces recherches pourraient être utilisés pour apprécier la valeur, la signification pratique des principales entités reconnues et pour en comprendre l'origine.

R. C.

Le test de Rorschach à la lumière de la psychologie expérimentale, par Franziska Baumgarten-Tramer, de Soleure (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fascicules 1 et 2, 1944).

A l'encontre de ses prédécesseurs, Rorschach ne s'est pas servi de l' « interprétation de taches d'encre » pour déterminer l'imagination d'un sujet, mais y a vu un moyen de saisir l'ensemble de la personnalité ce qui agrandit singulièrement le champ d'application de son test. Pourquoi toutefois les psychologues professionnels, psychotechniciens y compris, n'emploient-ils guère ce test que les psychiatres prisent si fort ?

L'auteur rappelle d'abord les critiques formulées par W. Stern en 1921 disant notamment qu'il est impossible de déterminer l'ensemble de la personnalité à l'aide d'un seul test. Semblable jugement a été émis par le psychotechnicien F. Giese. D'autres représentants de la psychologie expérimentale, en particulier les adeptes de la « Gestaltstheorie » ne voient pas non plus dans ce test un moyen d'explorer la structure psychique aussi complètement et aussi sûrement que le croyait Rorschach.

Mais, pour juger équitablement le test de Rorschach du point de vue de la psychologie expérimentale, il convient de retracer le développement de la méthode des tests (Galton, Binet-Simon, Whipple, Stern, Claparède et autres).

Le test de Rorschach lui-même est ensuite passé au crible d'une critique basée essentiellement sur les données de la psychologie expérimentale. Après avoir recherché au cours d'une étude détaillée qui tient compte de maints points de vue théoriques et pratiques ce que le test de Rorschach vise à déceler, en quoi consiste sa technique et quelle valeur est attribuée aux diverses réponses d'un sujet, l'auteur pense pouvoir conclure notamment que : 1° le test de Rorschach comme moyen de déterminer la personnalité des « normaux » n'occupe pas un rang de prééminence, cela tant au point de vue théorique que pratique ; 2° une étroite collaboration devrait être établie entre psychiatres et psychologues (psychotechniciens) qui ne manquerait pas d'être profitable à tous en donnant au test de Rorschach une plus grande sûreté de diagnostic laquelle lui manque encore aujourd'hui ; 3° l'emploi exclusif du test de Rorschach pour la détermination de la personnalité ne paraît pas indiqué.

H. Bersot.

Le test des syllabes à compléter, par G. Pflugfelder, de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

En 1942, Müller Heyemann publia les expériences qu'il réalisa en recourant à des tests d'association par un certain nombre de syllabes à compléter (128 syllabes données une par une). Il recommandait cette méthode, qui peut faciliter le diagnostic de diverses affections mentales (schizophrénie, manie dépressive, psychopathie, démence, débilité),

L'auteur opérant sur une centaine de sujets, donne d'abord une statistique des 13.000 réponses valables obtenues, qui se répartissent en 11.308 substantifs (1.671 abstraits, 9.637 concrets), 929 verbes, 496 adjectifs, 268 se rapportent à des adverbes, des pronoms et des noms de nombre. Le dépouillement de ces réponses permet de tirer des conclusions sur l'intelligence, la culture, les intérêts, etc., des personnes examinées en même temps qu'on constate des différences marquées entre les réponses d'un schizophrène, d'un maniaque ou d'un débile. Plus instructif encore est l'examen de la liste même des mots fournis par les sujets. Un maniaque, par exemple, complétera les syllabes en cherchant à faire des « mots d'esprit ».

Ce test s'apparente donc aux tests d'association de Jung qui, on le sait, se sert de mots inducteurs. La méthode des syllabes à compléter aurait l'avantage que les sujets y voient davantage un jeu qu'un examen et serait particulièrement indiquée pour diagnostiquer les psychopathies les plus diverses, les formes légères de débilité mentale et différencier les états psychopathiques des psychoses circulaire et schizophrénique.

H. Bersot.

Dysrythmie cérébrale : sa signification dans le comportement agressif, par D. Hill (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXXVII, 1944, p. 317).

Chez 65 pour 100 des psychopathes présentant une tendance agressive, l'auteur note un électroencéphalogramme anormal. Un rythme de 4-6 oscillations par seconde avec un voltage peu élevé est une anomalie qui concorde souvent avec une personnalité psychopathique agressive. L'auteur conclut que l'examen électroencéphalographique montre qu'il existe une parenté entre le comportement agressif et l'épilepsie, et qu'il est souvent difficile d'établir une distinction entre les crises impulsives caractérisant ces deux états. L'impulsion agressive, quand elle n'est pas l'expression d'une décharge épileptique, peut être fréquemment le résultat d'une forme anormale aiguë d'inhibition corticale.

L. M.

Psychopathologie du diencéphale et du mésencéphale, par J.-E. Stæhelin, de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

L'auteur rappelle d'abord les vains efforts faits durant les dernières décades pour « localiser » les phénomènes psychiques, tout au plus peut-on parler de corrélation. Puis il passe en revue les symptômes psychiques les plus importants qui se manifestent dans les maladies du diencéphale et du mésencéphale : syndrome du mésencéphale décrit par Stertz (1931), avec rappel des observations de Foerster et Gagel ; troubles de l'état de veille et du sommeil considérés dans leurs rapports avec les hallucinations et les troubles de la conscience (Kleist, Steck, Lotmar, Bing, Homburger, etc.) ; perturbations de la vie élémentaire affective et instinctive : syndrome de Korsakow avec ou sans pseudo-encéphalite.

L'auteur insiste sur l'extraordinaire complexité des troubles d'ordre psycho-moteur et végétatif et sur l'intérêt que présentent les nouvelles

méthodes de recherches neurologiques, psychiatriques et cliniques dans le domaine des « localisations ».

H. Bersot.

La position biologique des oligophrènes avec cataracte congénitale, par C. Brugger, de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

Il ressort des travaux déjà consacrés à ce problème que si l'on a souvent constaté une simultanéité de la cataracte congénitale et de l'oligophrénie, ces deux maladies peuvent cependant être observées dans la même famille sans qu'il y ait nécessairement corrélation entre elles. L'auteur, reprenant la question, a examiné 35 sujets chez lesquels le diagnostic de la cataracte congénitale comme celui de l'oligophrénie ont été établis avec certitude. Les recherches relatives à l'hérédité ont été faites avec un soin minutieux dans chaque cas.

En résumé, on constate qu'il existe dans les familles d'oligophrènes atteints de cataracte congénitale une corrélation étroite entre débilité et cataracte. Mais une pareille corrélation ne se retrouve pas dans les souches des oligophrènes simples pas plus que dans celles des sujets atteints de cataracte. On doit donc admettre que l'association oligophrénie et cataracte constitue un syndrome spécial et bien caractérisé.

H. Bersot.

Régulations végétatives et psychoses schizophréniques, par W. Nagel, de Zürich (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LII, fasc. 1 et 2, 1943).

M. W. Nagel passe en revue les symptômes corporels (somatiques, végétatifs, endocriniens, métaboliques, etc.) décrits par les auteurs dans les psychoses. Puis il examine chez 157 malades le métabolisme basal, l'épreuve circulatoire ortho-clinostatique, le test psycho-galvanique, les réactions pupillaires, l'aspect des capillaires (par la capillaroscopie), enfin il fait certains examens complémentaires tels que la thermorégulation, les réactions cutanées à certains excitants, l'épreuve de la diurèse selon Volhard, la régulation du sucre, la formule leucocytaire après administration de lait, etc.

Tant l'épreuve du métabolisme basal (chez 112 schizophrènes et 45 non-schizophrènes) que l'examen de la régulation circulatoire par les épreuves ortho-clino-statiques montrent qu'il n'y a pas de différences importantes entre cas aigus et cas chroniques. Les quelques troubles constatés se retrouvent aussi chez les non-schizophrènes. Même dans les sous-groupes de la schizophrénie ou dans les divers stades d'évolution, on ne trouve pas de perturbations caractéristiques du système végétatif. Dans quelques cas aigus, on note une augmentation de la labilité neuro-végétative, chez certains chroniques un ralentissement des fonctions régulatrices, mais ces modifications ne sont pas assez constantes pour être caractéristiques d'une hyperexcitabilité générale dans les cas aigus, ni d'un ralentissement des fonctions neuro-végétatives chez les chroniques. Les troubles végétatifs sont variables, inconstants, contradictoires, si bien qu'on peut parler dans la schizophrénie d'une « dissociation végétative ».

Par contre, on trouve chez les quelques épileptiques examinés des modifi-

cations relativement constantes du comportement végétatif sous forme de ralentissement des fonctions de régulation.

M. W. Nagel considère les modifications végétatives et de la régulation qu'il a observées chez les schizophrènes non pas comme dues à un trouble central primaire, mais (de même que la psychose elle-même) comme des symptômes secondaires du trouble fondamental encore inconnu qui est à la base de la maladie dite « démence précoce ».

H. Bersot.

Contribution clinique à la maladie de la peur chez le chien, par Demont (*Société de pathologie comparée*, séance du 13 mars 1945).

Très intéressante observation de la maladie de la peur chez le chien, affection d'allure épidémique, débutant fin septembre, se prolongeant tout l'automne, pour disparaître en hiver. La maladie se traduit par l'apparition soudaine, pendant le repos ou pendant le sommeil, de crises nerveuses plus ou moins violentes et dramatiques, uniques ou répétées. Le caractère dominant de toutes les crises est une émotivité intense, une angoisse insurmontable : la peur. Le traitement consiste en repos, obscurité, glace sur la tête et administration de calmants : gardénal, isonal, somnifène, bévitine, sedhormone.

R. C.

La canitie aiguë, par Touraine (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 8 mars 1945).

M. Touraine fait une étude d'ensemble du blanchiment ou, mieux, du grisonnement qui peut affecter, en quelques heures et même moins, tout ou partie du système pileux, de manière définitive ou passagère. Plus de 100 observations attestent aujourd'hui l'authenticité de cette canitie, qui survient presque toujours à la suite d'émotion intense, sur terrain névropathique, quelquefois après un épisode paroxystique d'une affection mentale ou neurologique, après une violente pyrexie.

Le blanchiment est un effet optique dû au développement de bulles gazeuses sous la corticale de la tige du poil (Landois) ; mais son mécanisme reste obscur.

R. C.

Trichoses et psychisme, par Touraine (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 8 fév. 1945).

M. Touraine attire l'attention sur les nombreux et étroits rapports, physiologiques et pathologiques, qui unissent le système pileux, annexe de la peau, et les fonctions psychiques du cerveau, tous deux dérivés de l'ectoderme.

Il cite de nombreux exemples, dans lesquels les modifications du système pileux sont, tantôt secondaires, tantôt corollaires aux anomalies du psychisme. Il signale notamment les particularités du système pileux et du psychisme dans les divers types constitutionnels (pycnique, leptosome, athlétique, etc.).

R. C.

Ichtyose et psychisme, par M. Touraine (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 12 octobre 1944).

L'auteur déclare avoir souvent noté dans l'ichtyose héritée en dominance une intelligence normale ou supérieure à la normale et assez souvent des aptitudes particulières vers les sciences ou arts de mesure (mathématiques, musique). L'ichtyose récessive va généralement avec une débilité mentale plus ou moins accentuée. Les variations du psychisme renforcent donc la distinction que d'autres manifestations cliniques et la génétique établissent entre les deux types d'ichtyose.

R. C.

La « neurasthénie des employés », par Marcel Moreau, Hôpital d'Ougrée (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, janvier-février 1941-1942).

Surpris de la fréquence de la neurasthénie chez les employés par rapport aux cas observés chez les ouvriers (87 cas contre 2), M. Marcel Moreau conclut dans ces cas à une quadruple base : prédisposition, sédentarité, dégoût d'une besogne monotone et sans avenir, et le fait que la maladie n'entraîne aucun préjudice matériel.

Et l'auteur apporte ces faits comme contribution à la distinction entre la dépression constitutionnelle (Montassut) et la neurasthénie proprement dite (névrose développée sur le fond constitutionnel à la suite de conflits psychologiques plus ou moins conscients).

R. C.

Paralysie générale et névropathies familiales, par M. Touraine (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 12 octobre 1944).

A propos d'une famille dans laquelle on a retrouvé, outre un cas de paralysie générale, une maladie de Friedreich, des tics, des fugues, un internement, une névrose d'angoisse, une idiotie, une épilepsie et, de plus, six avortements ou morts précoces qui font penser à l'existence d'un facteur léthal, M. Touraine rappelle le rôle important du terrain névropathique dans le développement de la paralysie générale.

R. C.

L'avenir des paralytiques généraux malarisés, par R. Bernard et J. Titeca (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars-avril 1941-1942).

Exposé des résultats thérapeutiques concernant 50 agents des chemins de fer belges atteints de syphilis nerveuse, malarisés entre 1931 et 1938 et périodiquement examinés depuis la malarisation. Ces résultats dépendent en grande partie de la précocité du traitement : 22 rémissions sur 26 malades traités moins de six mois après l'apparition des troubles psychiques ; 4 résultats favorables sur 15 sujets psychiquement atteints depuis plus de six mois. Le pronostic des formes allergiques de syphilis nerveuse (syphilis cérébro-spinale) est nettement meilleur que celui des formes anallergiques (paralysie générale et tabo-paralysie générale). 8 malades seulement durent, tôt ou tard, être internés dans un asile d'aliénés.

Au total, 18 bonnes rémissions, 10 assez bonnes rémissions, 7 rémissions médiocres et 15 résultats nuls.

R. C.

Démence infanto-juvénile à début par perversions instinctives chez un fils de paralytique général, par H. ROGER, J. ALLIEZ et J. BOUDOURESQUES (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 2 fév. 1945, *Marseille médical*, 15 sept. 1945).

Enfant de 14 ans, fils de malade impaludé pour paralysie générale et mort cachectique 7 ans plus tard : état démentiel très accusé ; depuis l'âge de 10 ans, perversions instinctives manifestes avec exhibitionnisme, violences, bris d'objets, incendie volontaire, lettres calomniatrices. Pas de signes neurologiques. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Discutant le diagnostic, les auteurs concluent à une encéphalite hérédo-syphilitique, différente de la paralysie générale, à début par troubles du caractère, puis à type de perversions morales à fixation incestueuse prédominante, enfin à évolution démentielle.

R. C.

Du rôle des toxicoses chroniques infectieuses dans l'apparition de névroses et de psychoses, par K. von NEERGARD, de Zürich (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LII, fasc. 1, 1943).

M. K. v. Neergart décrit deux cas de névrose consécutifs à des poussées infectieuses catarrhales grippales, ainsi qu'un cas de psychose. Il en conclut que les névroses sont souvent en relation avec un processus infectieux.

L'infection, à côté des troubles purement somatiques, provoque des modifications psychiques sur lesquelles peut se greffer secondairement une névrose affective. Pourrait-on admettre qu'un processus analogue se trouve à l'origine de certaines psychoses ? L'auteur ne fait que poser la question.

H. BERSOT.

A propos de la statistique sur l'alcoolisme dans les asiles, par Maurice LECONTE et Pierre MARTY (*Société de médecine légale de France*, séance du 12 fév. 1945. *Annales de médecine légale*, janv.-fév.-mars 1945).

L'examen de 135 malades de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château témoigne des conditions défectueuses dans lesquelles sont établies actuellement les statistiques dans les hôpitaux psychiatriques. MM. M. Leconte et P. Marty font la critique de la nomenclature officielle et de l'erreur qui consiste à croire à l'unicité des causes des troubles mentaux. Ceux-ci sont le plus souvent le résultat d'appoints étiologiques multiples qui additionnent leur action tantôt sensibilisante, tantôt déclenchante.

Pour ces 135 malades on note, dans 34 % des cas, l'alcoolisme, et, dans 12 % des cas, l'hérédo-alcoolisme. Les auteurs ajoutent que parmi 34 malades de la même colonie atteints de paralysie générale, ils en ont trouvé 74 % qui étaient des alcooliques chroniques indiscutables. En réunissant ces deux groupes, l'alcool, chez ces 169 malades, apparaît comme facteur étiologique dans 43 % des cas.

La conclusion qui se dégage de ces recherches statistiques est que le rôle exact de l'alcoolisme dans la genèse des états psychopathiques est généralement sous-estimé.

René CHARPENTIER.

Epilepsie et delirium tremens, par J. Rodier et P. Cazal (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 mai 1944. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

Observation d'un homme de 29 ans qui, au cours d'un accès de delirium tremens présenta, pour la première fois, deux crises d'épilepsie (la seconde à la suite d'une injection intraveineuse de somnifène). Les auteurs insistent sur l'état spasmophile qui accompagne le délire alcoolique et se manifeste par des crises comitiales et sur l'inversion que l'on peut observer dans l'action de certains agents pharmacodynamiques au cours de ce délire : normalement spasmolytiques, les barbituriques pouvant devenir épileptogènes.

R. C.

Récupération des sujets devenus épileptiques pendant le service militaire, par W.-G. Lennox (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1943, p. 202).

Le conseil de révision élimine l'épileptique de tout service militaire. Cependant, parmi les soldats, on constate de nombreux épileptiques, soit que ceux-ci ignoraient ou cachaient leur maladie avant leur incorporation, soit que la maladie soit apparue chez eux après l'âge de 20 ans sous l'influence d'une fatigue excessive ou d'un choc émotionnel. D'autres cas sont dus à des blessures craniennes. Quelques sujets dont les crises sont rares peuvent être utilisés dans le service auxiliaire, mais la plupart doivent être réformés. Ces derniers doivent être traités et suivis médicalement ; on doit s'occuper d'eux pour qu'ils continuent à exercer leur activité. Deux tiers d'entre eux sont normaux entre leurs crises. Le principal obstacle à leur utilisation provient des lois qui obligent l'employeur à indemniser l'épileptique qui se blesse au cours d'une crise, comme s'il avait été victime d'un accident du travail. En Amérique, deux Etats (Connectitut et Massachusetts) autorisent l'épileptique à signer un contrat de non compensation pourvu qu'il soit employé à un travail sédentaire et soumis à un traitement régulier. L'auteur réclame une modification des lois de compensation et la création d'ateliers spéciaux. Plusieurs esssais ont été tentés. Le Gouvernement doit faire des efforts pour permettre aux épileptiques traités et ne présentant que peu de crises d'avoir un emploi dans l'industrie.

L. M.

L'influence de la guerre sur le nombre de psychoses, par René Dellaert, d'Anvers (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars-avril 1943).

On consultera avec profit ces statistiques et ces tableaux sur le mouvement des admissions à la section psychiatrique de l'hôpital de Stuyvenberg, à Anvers. D'un nombre de 7.500 hospitalisations en 35 années, l'auteur conclut, en particulier, que les traumas affectifs dus à la guerre augmentent notablement le nombre des psychoses pendant les premiers mois de la guerre. Ensuite, devenus inopérants ou inexistants, ils cèdent la place à d'autres facteurs.

R. C.

Remarques sur les psychoses apparues dans les populations civiles du Var à l'occasion du débarquement allié du 15 août 1944, par J. Alliez, Mlle Pellissier et Mme Diatkine (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 1er juin 1945, *Marseille-médical*, 15 décembre 1945).

Intéressantes observations de 8 malades admis à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var), pour des troubles mentaux ayant débuté brusquement lors du débarquement allié sur la côte méditerranéenne (15 août 1944) et au moment précis où la bataille avait lieu là où ils se trouvaient. Les auteurs signalent au contraire que, parmi les malades se trouvant à l'hôpital (bombardé pendant 4 jours par l'artillerie allemande et partiellement détruit), on n'eut à déplorer ni agitation, ni rechute, ni évasion. Ils insistent sur le rôle, dans la genèse des psychoses réactionnelles, de l'isolement et de la surprise. Sur les 8 observations relatées, 7 concernaient des femmes. Dans tous les cas observés, il y eut un appoint confusionnel important et les troubles ont rapidement guéri. L'électro-choc a paru en abréger considérablement l'évolution.

René Charpentier.

NEUROLOGIE

La fonction du cervelet, par L. Ectors, d'Anvers (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juillet-août 1943).

De cet important travail, dans lequel M. L. Ectors, après avoir rappelé l'unité histologique du cervelet étudie la fonction cérébelleuse, envisageant successivement les altérations du tonus après lésion cérébelleuse, le rôle du cervelet dans les troubles de l'équilibre statique et de la marche, les réflexes tendineux cérébelleux, les altérations de la motilité volontaire après lésion cérébelleuse, l'excitabilité du cortex cérébelleux à la décharge électrique, les connexions cérébelleuses, le mécanisme de l'action frénatrice du cervelet, les localisations cérébelleuses, se dégagent les conclusions suivantes.

Pour que les mouvements soient précis, il faut qu'une force réflexe frénatrice s'oppose à l'inertie des muscles au moment où est suspendue la force réflexe génératrice du moment (et probablement aussi au cours du mouvement pour en maintenir la vitesse constante). C'est au cervelet qu'appartient cette tâche.

Le stimulus du mouvement donne en même temps naissance à une excitation cérébellipète dont la réponse cérébelleuse est une réaction frénatrice à l'inertie musculaire. La conjonction de ce réflexe frénateur et des divers réflexes moteurs a lieu au niveau des centres moteurs (cortex cérébral, diencéphale, mésencéphale, bulbe, moelle), l'action frénatrice étant ainsi mieux adaptée à chacun d'eux.

N'appartenant pas plus au système sensoriel qu'au système moteur ou au système végétatif, le cervelet constitue un système indépendant, frénateur, exerçant son action sur l'inertie des muscles striés et lisses au repos et en mouvement. Cette fonction si différenciée résulte bien de la morphologie particulière de la cellule de Purkinje, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du cervelet.

R. C.

Phénomènes de corrélation motrice entre paupière et mâchoire, par L. Halpern (de Jérusalem). Division neurologique de l'Hôpital Rothchild-Hadassah de l'Université de Jérusalem (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fasc. 1, 1944).

En 1883, Marcus Gunn a décrit un phénomène consistant en un soulèvement réflexe de la paupière consécutif à un mouvement de la mâchoire. L'auteur fait état d'observations pour mettre en évidence une autre corrélation motrice existant entre la mâchoire et le facial, l'excitation pouvant être donnée par celui-ci comme par celle-là, alors que dans le phénomène de Gunn, seule la mâchoire joue le rôle d'inducteur en agissant sur l'oculomoteur.

H. Bersot.

Caractères cliniques des maladies à virus neurotropes, par le Dr O. Gsell, de St-Gall (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

Du point de vue clinique, les caractères généraux des maladies à virus ont été décrits ces dernières années, notamment par Höring. Pour ce qui concerne le système nerveux, Gsell relève la régularité avec laquelle se produisent les caractéristiques suivantes : 1° inflammation séreuse avec altérations anatomiques et histologiques ; 2° on peut souvent distinguer deux phases, la première se signalant par une infection générale avec maux de tête, élévation de la température : au cours de la seconde phase, on constate des altérations des cellules nerveuses ; 3° l'intensité de l'infection est très variable ; 4° l'infection engendre une certaine immunité, d'où la rareté des récidives ; 5° inefficacité d'un traitement par sérums contrastant avec les succès obtenus dans les infections bactériennes.

L'auteur donne ensuite les caractères typiques des virus de la méningite séreuse, de l'encéphalite et de certaines névrites (par exemple, celle de l'*herpes zoster*).

H. Bersot.

Symptômes sensori-moteurs dans la fièvre wolhynique, par W. Bartschi-Rochaix, de Berne (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fasc. 1, 1944).

Brève étude d'une maladie qui apparut durant l'hiver 1915-1916, d'abord sur les champs de bataille de l'Est, puis sur ceux de l'Ouest et qui se caractérisait par des accès de fièvre et des douleurs périodiques. L'agent d'infection, le « Rikettsie wolhynica », qui se propage par les poux de vêtements dans l'estomac desquels il se multiplie rapidement, détermine divers symptômes qui intéressent le neurologiste et dont le plus connu consiste en douleurs caractéristiques du tibia. L'auteur décrit plusieurs complications qui affectent le système nerveux et présente un cas de fièvre wolhynique qu'il a pu observer sur un étudiant polonais ayant combattu en Pologne et en France au cours de la dernière guerre.

H. Bersot.

Méningo-encéphalite trypanosomique humaine, par P. Divry et E. Evrard, de Liége (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars-avril 1943).

Très intéressante observation d'un cas de trypanosomiase humaine, dont le diagnostic ne put être fait que tardivement (8 ans après le retour du Congo) chez un homme de 32 ans, considéré tout d'abord comme atteint de paralysie générale. Evolution sous l'apparence d'état circulaire. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn, négatives dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien, la variabilité des symptômes neurologiques, le peu d'influence du traitement anti-syphilitique sur le syndrome humoral, et enfin la mise en évidence de cellules de Mott dans le liquide céphalo-rachidien permirent le diagnostic que confirma la présence dans le liquide de rares trypanosomes. Le traitement suivi alors [belganyl, émétique, tryparosan et tryponarsyl (tryparsamide)] très énergiquement donna rapidement d'excellents résultats.

R. C.

Accidents nerveux tardifs au cours des brucelloses, par Janbon, Vedel et Chaptal (de Montpellier). (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 7 juillet 1944).

Les auteurs ont observé chez un garçon de 11 ans, atteint de brucellose, au 10e mois de l'infection, un épisode paroxystique inattendu, fait de convulsions et d'hémiparésie droite qui rétrocéda en quelques heures. Au 15e mois, survint sans cause apparente une crise de vomissements. La guérison paraissait atteinte quand, au 20e mois, s'installa inopinément un coma complet avec contracture rachidienne, athétose, signe de Babinski bilatéral, température sub-normale. Le liquide céphalo-rachidien présentait un aspect un peu louche, de la pléocytose (510 éléments) et une énorme hyperalbuminose avec hypoglycorrachie. Une hémiparésie droite avec intégrité de la face et une paralysie du moteur oculaire commun gauche se surajoutèrent. L'acétylcholine amena la rétrocession rapide de tous les symptômes cliniques ; mais les altérations du liquide persistèrent durant les deux mois d'observation consécutifs. La dissociation albumino-cytologique persistait encore quatorze mois plus tard. Les auteurs estiment qu'il s'agit là d'accidents paroxystiques dus à une poussée méningée actuelle sur un fond de méningite chronique mélitococcique latente et invoquent l'origine angio-spasmodique des accidents nerveux.

R. C.

Œdème aigu du poumon et encéphalites de l'enfance, par J. Chaptal (*Montpellier médical*, juillet-août 1944).

De deux cas d'œdème aigu du poumon, l'un chez un nourrisson de 8 mois 1/2 au cours d'une encéphalite grippale, l'autre chez un enfant de 3 ans 1/2 à la suite d'une crise de convulsions généralisées au cours de la varicelle, l'auteur conclut que l'œdème aigu du poumon a résulté d'une altération irritative des centres bulbo-médullaires du pneumogastrique, bien que la nature et le mécanisme de cette altération semblent découler de processus très différents.

R. C.

Les formes nerveuses du paludisme aigu, par J. ORABONA (*Languedoc médical*, sept.-oct. 1944).

Des déterminations nerveuses du paludisme aigu, les formes cérébrales sont de beaucoup les plus fréquentes. Les unes sont précoces, contemporaines des accès, en général de type apoplectiforme : ce sont les plus fréquentes et les plus bénignes ; les autres sont tardives, surviennent après l'accès, en pleine apyrexie : insidieuses, torpides et lentes, elles ont, en général, une évolution chronique et tendent à l'incurabilité.

M. Orabona décrit, à côté de la forme banale des accidents précoces, apoplectiforme, des formes soporeuses sans paralysie, des formes convulsives, des formes algides, des formes bulbo-protubérantielles, des formes cérébelleuses et une forme myoclonique. Il rappelle les formes psychiques à type confusionnel et onirique, bien décrites par M. Hesnard lors du Congrès de Bordeaux (1923), les formes méningées, les formes médullaires et les formes périphériques (polynévritiques, sympathiques).

R. C.

Névraxite chronique à forme de sclérose en plaques, par L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSOUANT (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 janv. 1945. *Montpellier médical*, janv.-fév. 1945).

Intéressante observation qui souligne les rapports entre la névraxite épidémique et la sclérose en plaques. Il s'agit, en effet, d'un syndrome de sclérose en plaques pouvant être considéré comme une séquelle évolutive d'une encéphalite épidémique basse, conformément à l'opinion déjà émise par MM. Béral et Devic.

R. C.

Contribution à l'étude clinique, l'épidémiologie et le diagnostic différentiel de la poliomyélite, par le professeur G. FANCONI, Clinique infantile de l'Université de Zürich (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

Après avoir signalé les difficultés de la recherche expérimentale des virus neurotropes, l'auteur indique, d'après Sabin et Ward opérant sur 7 cadavres d'homme, la répartition du virus de la poliomyélite dans les différents organes. De nombreuses expériences pratiquées sur des singes semblent établir le fait que chez l'homme le virus P pénètre par l'intestin, d'où il remonte aux parties motrices de la moelle épinière et du cerveau. A noter qu'en 1942, on constata en Suisse un recul de la poliomyélite, mais une augmentation des cas de dysenterie comme on l'avait déjà vu en Allemagne au cours de la première guerre mondiale.

L'étude clinique révèle que les altérations humorales sont moindres dans les maladies à virus neurotropes que dans celles à bactéries, car la lutte contre les virus est intracellulaire alors que contre les bactéries elle se déroule dans le sang et le liquide intercellulaire. M. Fanconi étudie ensuite les genres de vie différents des virus et des bactéries. Il montre que pour le praticien, la tâche la plus importante est de savoir diagnostiquer assez tôt la poliomyélite en la distinguant d'une part de la méningite tuberculeuse

et de l'autre des méningites séreuses. Il passe en revue divers symptômes caractéristiques de la poliomyélite avec exemples et statistiques à l'appui, signalant notamment l'influence de la tonsillectomie sur la localisation de la poliomyélite.

Les conditions météorologiques exercent-elles une influence sur la propagation et la fréquence de la poliomyélite ? La question a été étudiée, mais est loin d'être résolue, car elle est d'une extraordinaire complexité.

H. Bersot.

De la myélite dans l'endocardite lente, par E. Fuchs (d'Appenzell). Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Zürich (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fasc. 1, 1944).

Après avoir donné un aperçu de la littérature consacrée à cette question, l'auteur présente 5 cas de la description desquels on peut tirer les conclusions suivantes : 1° dans les 5 cas, on constate des altérations myéliniques ; 2° des foyers d'inflammation se trouvent dans la substance blanche comme dans la substance grise ; 3° le degré d'inflammation dépend d'une toxine bactérienne ; 4° la plupart du temps, pas de concordance entre les altérations anatomo-pathologiques et le tableau clinique ; 5° les symptômes observés dans le cerveau masquent souvent les symptômes myéliniques.

H. Bersot.

Cancer du poumon à évolution rapide et métastases multiples, osseuses et nerveuses, révélé par une paraplégie, par G. Giraud, J.-M. Bert et P. Cazal (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 mai 1944. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

Intéressante observation d'un homme de 44 ans, hospitalisé pour paraplégie flasque datant de six jours et mort quatre jours après son entrée à l'hôpital. La tumeur locale (cancer pulmonaire à petites cellules) avait évolué insidieusement mais très rapidement (ce n'est que le dernier jour qu'apparut une dyspnée intense par infiltration des parois bronchiques et trachéales, l'asphyxie entraînant la mort). Très nombreuses et disséminées, les métastases prédominaient sur le périoste des os plats (crâne, côtes, vertèbres) et sur le tissu nerveux (centre ovale, moelle). La paraplégie fut due, soit à la métastase vertébrale, soit à la métastase médullaire, toutes deux situées à la même hauteur (D. VIII), la flaccidité devant être mise sur le compte de la rapidité avec laquelle ces métastases s'installèrent et se développèrent.

On sait que les manifestations neurologiques du cancer du poumon sont assez fréquentes. Par ses caractères d'évolution insidieuse et rapide, la multiplicité des métastases, cette observation est particulièrement à retenir.

René Charpentier.

Sclérose en plaques et sclérose diffuse, par P. van Gehuchten, de Louvain (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, novembre-décembre 1941-1942).

A propos d'un cas de sclérose en plaques chez une femme de 57 ans, rapporté comme le précédent à une étiologie carentielle, l'auteur étudie, tant

à cause de l'évolution qu'à cause du tableau histo-pathologique, la question des relations entre la sclérose en plaques et la sclérose diffuse.

La lésion typique, la plaque de sclérose, serait la conséquence d'un trouble dans le métabolisme de la myéline sans qu'il puisse être précisé si ce trouble est de nature toxique ou carentielle. La localisation des lésions myéliniques serait conditionnée par des altérations vasculaires de même étiologie.

R. C.

Relations de la syringomyélie avec la tumeur médullaire. Etude anatomo-clinique de deux cas, par J. van Laere, de Louvain (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, novembre-décembre 1941-1942).

De ces deux cas de tumeurs avec cavité syringomyélique, l'un, dont l'aspect histologique diffère de celui de la syringomyélie vraie, est un fibrogliome. L'autre, bien qu'ayant évolué sous l'aspect d'une tumeur médullaire, est bien un cas de syringomyélie. Ces cas constituent un argument en faveur de la théorie dysraphique.

R. C.

Un cas d'arthropathie syringomyélique, par Rœderer (*Société des chirurgiens de Paris*, séance du 16 juin 1944).

M. Rœderer relate un cas de cette affection connue mais assez rare, dans lequel on note trois caractères un peu exceptionnels : bilatéralité des douleurs au début, révélation de la syringomyélie à l'occasion de l'arthropathie et, par la suite, bilatéralité des lésions affectant les deux épaules.

R. C.

Sur la lèpre syringomyélique (Contribution à l'étude de ses troubles sensitifs de ses lésions osseuses et trophiques), par Michel André, de Berchem-Anvers (*Journal belge de neuro ogie et de psychiatrie*, sept. 1940).

Etude des troubles nerveux de la maladie de Hansen dus à l'atteinte des troncs nerveux importants ou de leurs branches, à l'occasion d'un cas observé par l'auteur chez un blanc ayant fait un long séjour colonial.

R. C.

Simultanéïté de tumeurs symétriques du cerveau et d'une syringomyélie, par G. Weber, Institut pathologique de l'Université de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fasc. 1, 1944).

Observation d'une femme de 45 ans morte dans un état comateux : à l'autopsie, on constate la combinaison d'une syringomyélie avec des gliomes symétriques des deux noyaux caudés. Gliomes et syringomyélie proviennent d'un développement défectueux du système nerveux central.

H. Bersot.

Un cas de tuberculose protubérantielle, par VELTER, TOURNAY, GUILLAUMAT et G. OFFRET (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 17 juin 1944).

Les auteurs rapportent cette observation en raison de ses caractères cliniques particulièrement nets, qui permirent de faire le diagnostic exact de la lésion et de son siège. L'examen anatomique montre un volumineux tubercule développé dans la calotte protubérantielle et descendant jusqu'à la partie moyenne du bulbe. Ils insistent sur le fait que la symptomatologie n'est pas toujours due seulement à la lésion nécrotique mais aussi à l'importante zone d'œdème qui entoure la lésion. L'examen bactériologique sur coupe a montré des bacilles de Koch.

R. C.

Contribution à l'étude du cours et de l'hérédité de la dystrophie musculaire progressive, par F. ROTACH, de St-Gall (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LII, fasc. 1, 1943).

Etude d'une série de cas provenant tous d'une petite vallée du canton de Schwyz. MM. M. Minkowski et A. Sidler avaient déjà décrit en 1928 13 cas de ce même territoire. M. F. Rotach en retrouve 5 survivants du type pseudo-hypertrophique Duchenne-Griesinger, les examine à nouveau, les décrit ; 4 cas se sont aggravés, un est resté stationnaire. Il décrit encore deux nouveaux cas de la même région qui sont du type atrophique Leyden-Moebius.

Aucun cas nouveau n'est apparu dans cette vallée depuis 1912. Six enfants issus d'une mère manifestement dystrophique sont restés sains. Cela confirme que l'on ait affaire à un processus héréditaire d'ordre récessif.

H. BERSOT.

Amyotrophie de Charcot, non familiale, non héréditaire, par P. NAYRAC, M. FONTAN et F. MOLLET (*Société de médecine du Nord*, séance du 15 décembre 1944).

Enfant de 9 ans, présentant une amyotrophie distale des membres supérieurs (type Aran-Duchenne avec griffe réductible) et des membres inférieurs (atteinte de la loge antéro-externe, avec pied en varus équin), il coexiste des aréflexies rotuliennes et radio-périostées. Les examens électriques marquent une inexcitabilité faradique presque absolue, mais la R.D. totale ne se rencontre qu'au niveau du jambier antérieur droit, les membres supérieurs sont moins atteints, à la limite de la R.D. Il n'y a pas trace de syphilis, tant chez l'enfant que chez les parents. Le liquide céphalo-rachidien contient 0,50 d'albumine, 1,2 éléments par millimètre carré et la réaction du benjoin est normale. Aucune trace d'amyotrophie chez les géniteurs et chez les collatéraux.

R. C.

Un cas d'atrophie musculaire du type Werdnig-Hoffmann chez l'adulte, par G. DE MORSIER, de Genève (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, f. 2, 1945).

Amyotrophie d'origine médullaire, se distinguant ainsi de la dystrophie musculaire d'Erb, l'affection décrite par Werdnig (1891) puis par Hoffmann

(1893) chez de jeunes enfants atteint principalement la musculature des gouttières paravertébrales et amène rapidement la mort. Les études génétiques en ont établi la parenté avec la *Myotonia congetina* d'Oppenheim (1900).

Le professeur G. de Morsier rapporte ici l'observation d'un jeune homme de 22 ans chez lequel sont apparus à l'âge de 15 ans et continuent à évoluer lentement des troubles que l'hypotonie avec laxité articulaire congénitale, l'apparition et l'augmentation progressive d'une scoliose avec troubles graves de la marche et de la respiration, l'inexcitabilité totale des masses musculaires les plus atrophiées lui font considérer comme relevant de la maladie de Werdnig-Hoffmann. A noter cependant la conservation des réflexes tendineux plutôt vifs, probablement par faible participation des faisceaux pyramidaux à la lésion (Schick, 1911).

Ce serait le premier cas connu de maladie de Werdnig-Hoffmann chez un adulte.

René CHARPENTIER.

Sur un syndrome myasthéniforme survenant chez les chiqueurs, par R. COULONJOU, A. SALAUN, X. HOULLIER et C. NUN, de Brest (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 7 nov. 1944).

Chez un assez grand nombre de malades, apparition d'un syndrome surtout myasthénique auquel, chez quelques-uns, se surajoutait un élément polynévritique. Tous chiquaient du tabac à doses usuelles. En l'absence de tout autre élément étiologique, infectieux ou toxique, les auteurs incriminent l'intoxication nicotinique avec, peut-être, ajoutent-ils, une action plus toxique de la nicotine chez des éthyliques sevrés d'alcool. Ou bien, et cela paraît plus vraisemblable, faut-il incriminer le mode actuel de préparation du tabac, l'addition de succédanés ? La suppression du tabac se montra très efficace, la thérapeutique instituée (prostigmine, vitamine B1, strychnine, syncortyl) obtenant alors des résultats plus durables. Certains malades pouvaient même reprendre leur travail après dix jours de sevrage, sans autre traitement que le sevrage.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Traitement hydrominéral des affections nerveuses, par J. PIÉRI (*Marseille-Médical*, 82e année, n° 6, 15 juin 1945, pages 268-277).

L'auteur expose les indications classiques des diverses stations thermales françaises. A noter l'influence favorable des cures de Plombières ou de Châtel-Guyon sur le retentissement neuro-psychique des colites, surtout acides, et l'action parfois étonnante des eaux d'Ussat dans le traitement du goitre exophtalmique.

J. A.

Les cures thermales chez les enfants nerveux, par Ch.-E. MACÉ DE LÉPINAY (*Revue médicale française*, mars 1945).

Certaines affections nerveuses de l'enfance peuvent être heureusement modifiées par la crénothérapie, qu'il s'agisse d'affections organiques du

système nerveux, telles que l'hémiplégie infantile, la maladie de Little, les séquelles de l'encéphalite épidémique, la paralysie infantile, les polynévrites, le goitre exophtalmique, la chorée de Sydenham, ou de troubles fonctionnels, de névroses. M. Ch.-E. Macé de Lépinay indique les stations thermales convenant particulièrement aux diverses affections nerveuses de l'enfance. Il insiste sur l'utilité des cures thermales pour les « enfants nerveux » qu'elles peuvent préserver des conséquences d'une hérédité fâcheuse en les soustrayant momentanément à un milieu peu favorable, en leur donnant de bonnes habitudes diététiques et éducatives, en luttant contre l'hyperémotivité et ses diverses manifestations, en soignant leur déséquilibre sympathique ou endocrinien.

R. C.

Valeur pratique d'une modalité nouvelle de la psychothérapie, par M. Laignel-Lavastine (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 4 avril 1944).

M. Laignel-Lavastine expose en un tableau les résultats obtenus au Centre de psychothérapie et de réadaptation sociale. Ce Centre « qui est, dans son esprit, un laboratoire de morale expérimentale » et dans lequel « l'accent est mis d'abord sur les conditions d'ambiance », reçoit indistinctement des malades envoyés par les différents services sociaux. Le plus grand nombre de ces malades a été adressé au Centre par le service d'invalidité des assurances sociales. Il résulte de ce tableau que, sur 63 personnes traitées, 60 ont pu être réadaptées et reprendre un travail normal. M. Laignel-Lavastine insiste sur la portée à la fois morale et sociale des résultats obtenus.

René Charpentier.

Médicaments de remplacement, analgésiques, par René Hazard (*La Presse médicale*, 22 juillet 1944).

Le *pavot*, utilisé comme gargarisme calmant (sous forme de décoction) et comme sédatif de la toux (sirop de pavot blanc) peut être utilisé comme analgésique ; il n'a pas sur l'intestin l'action inhibitrice de l'extrait d'opium. On peut prescrire l'extrait à 10 pour 100 de morphine sous forme de sirop (en remplacement par exemple du sirop de codéine), de pilules ou de solution alcoolique. On pourrait aussi préparer un laudanum à base d'extrait de pavot.

Un nouvel analgésique central, d'origine synthétique, dérivé de la pipéridine, le *dolosal*, utilisé sous forme de chlorhydrate, se comporte comme un analgésique doué en même temps de propriétés anti-spasmodiques et sédatives. Etroitement apparenté à la morphine en ce qui concerne l'action analgésique, mais dépourvu d'action narcotique, le dolosal peut créer une toxicomanie analogue à la morphinomanie, des troubles psychiques confusionnels, hallucinatoires et délirants, des troubles cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs. Sa suppression brusque entraîne des troubles semblables à ceux occasionnés par le sevrage des morphinomanes.

René Charpentier,

MÉDECINE LÉGALE

L'électro-encéphalographie et ses applications médico-légales, par Jean Titeca (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars-avril 1943).

M. Jean Titeca, dont nos lecteurs connaissent les travaux sur l'électro-encéphalographie, montre l'aide précieuse apportée par cette technique pour le diagnostic de l'épilepsie et de l'hystérie. C'est dans l'épilepsie, de diagnostic parfois si délicat, que l'électro-encéphalographie s'est, dès le début, révélée comme un moyen d'exploration d'une très grande valeur, apportant même à chacune des trois grandes variétés de l'épilepsie (grand mal, petit mal psychomoteur, équivalent psychique) des caractéristiques électrologiques différentes. D'autre part, les belles expériences de M. Jean Titeca lui permettent d'affirmer que les troubles accusés par les hystériques, au moins en ce qui concerne les manifestations sensitives, sont l'expression neurologique d'une perturbation fonctionnelle des centres corticaux et que de tels troubles échappent complètement au contrôle de la volonté de ces sujets.

L'auteur termine en exprimant le vœu que soient mis à la disposition des médecins et de leurs malades des laboratoires d'électrophysiologie possédant un équipement oscillographique complet.

R. C.

Equivalents psychiques comitiaux à conséquences médico-légales. Intérêt de l'électro-encéphalogramme, par Jean Delay, P. Neveu et P.-L. Desclaux (*Société de médecine légale de France*, séance du 12 fév. 1945. *Annales de médecine légale*, janv.-fév.-mars 1945).

Chez un homme de 31 ans, antérieurement inculpé d'attentat à la pudeur et interné, l'apparition, consécutive à un violent traumatisme cranien, d'absences, de mictions involontaires et inconscientes, de fugues avec automatisme ambulatoire et gestuel, n'ont pas suffi à affirmer le diagnostic d'épilepsie jusqu'au moment où à ces signes cliniques de probabilité vint s'ajouter le signe complémentaire de probabilité apporté par l'examen bio-électrique.

R. C.

Intérêt de l'électro-encéphalographie en milieu militaire, par Charlin et P. Passouant (*Société de médecine militaire française*, séance du 8 novembre 1945).

Les indications de l'électro-encéphalographie en milieu militaire concernent surtout l'étude de l'épilepsie, des traumatismes cranio-cérébraux et la localisation des tumeurs cérébrales. Dans l'armée, l'intérêt médico-légal de cet examen mérite d'être souligné dans le diagnostic d'une crise nerveuse et dans l'étude des suites des traumatismes cranio-cérébraux. Le tracé électrique ne doit pas, par lui seul, entraîner une conclusion formelle ; il doit être considéré comme une note d'objectivité étayant une décision diagnostique ou médico-légale.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mai 1946,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance,* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 juillet 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr DUCHÊNE est nommé médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Hoërdt (Bas-Rhin) ;

M. le Dr POULAIN est nommé, à titre provisoire, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public de Leyme (Lot).

Ordre de la Santé publique

Sont promus et nommés dans l'Ordre de la Santé publique :

Au grade d'Officier :

M. CUCHET-CHERUZEL, directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Egrève ;

M. Le Meut, frère de Saint-Jean de Dieu, directeur de l'Hôpital psychiatrique de la Cellette.

Au grade de Chevalier :

M. le Dr Abély Xavier, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne ;

Mlle le Dr Badonnel, médecin assistant à l'Hôpital Henri-Rousselle ;

M. le Dr Bessière, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne ;

M. le professeur Pierre Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille ;

M. le Dr Daumézon, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais ;

M. le Dr Demay, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche ;

M. le Dr Desclaux, médecin au Centre psychiatrique Sainte-Anne ;

M. le Dr Guiraud, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne ;

M. le Dr Lassalle, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique d'Auch ;

M. le Dr Le Guillant, chef du Service de coordination de l'enfance déficiente et en danger moral au ministère de la Santé publique et de la population ;

M. le Dr Male, médecin chargé du Service social à l'Hôpital Henri-Rousselle ;

M. le Dr Marchand, médecin consultant à l'Hôpital Henri-Rousselle ;

M. le Dr Poitrot, médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques de la zone française d'occupation ;

M. le Dr Puech, neuro-chirurgien en chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

SOCIÉTÉS

Académie suisse des sciences médicales

L'*Académie suisse des sciences médicales* a tenu séance le *18 mai 1946*, à *Saint-Gall*. Au cours de cette séance, où furent traités des sujets divers de biologie, pathologie comparée, psychologie, thérapeutique, le Dr Burnand a présenté un travail sur *la tuberculose dans les asiles d'aliénés*.

Société de médecine mentale de Belgique et Société belge de neurologie

Pour célébrer le 75e *anniversaire* de la *Société de médecine mentale de Belgique* et le *cinquantenaire* de la *Société belge de neurologie*, des séances scientifiques se tiendront à *Gand* le *samedi 28 septembre 1946* et à *Bruxelles* les *dimanche 29* et *lundi 30 septembre 1946*.

Neurologistes et psychiatres français seront de cœur avec leurs collègues belges pour célébrer les anniversaires dans leur patrie libérée de ces deux Sociétés, dont les beaux travaux sont suivis en France avec le plus vif intérêt.

101[e] Réunion annuelle de The American Psychiatric Association

La *101[e] Réunion annuelle* de the *American Psychiatric Association* aura lieu à *Chicago* (Illinois) les *27, 28, 29* et *30 mai 1946*, sous la *présidence* de M. *Karl M. Bowman* (de San Francisco), le D[r] *Winfred Overholser* (de Washington) étant *secrétaire-trésorier.*

Dans un message, le D[r] KARL M. BOWMAN, *président,* insiste sur les nombreuses demandes des administrations, des services d'hygiène mentale et de santé publique, de l'industrie, des hôpitaux d'Etat, qui n'ont pu être satisfaites, faute d'un nombre suffisant de psychiatres expérimentés. Des plans doivent être établis pour la formation chaque année d'au moins un millier de docteurs en médecine spécialisés en psychiatrie, formation qui demande plusieurs années d'études.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion extraordinaire commune de la Société médico-psychologique, de la Société de psychologie et du Bureau scientifique de l'Armée.

Une séance extraordinaire, consacrée aux « problèmes de sélection dans l'armée française », s'est tenue le samedi 2 mars 1946, à 15 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Institut d'orientation professionnelle, 41, rue Gay-Lussac. Sous la présidence de M. *Piéron,* professeur au Collège de France, elle réunissait le Bureau scientifique de l'Armée, la Société médico-psychologique, la Société de psychologie.

En ouvrant la séance, le président montra l'importance de l'association d'un examen psychiatrique avec épreuves plus ou moins standardisées et d'un examen psychotechnique, plus spécialement destiné à la détermination des aptitudes.

Le Commandant *Œmichen,* du Bureau scientifique de l'Armée, précisa les conditions dans lesquelles son service a entrepris l'étude des divers problèmes humains de l'Armée : sélection, buts éducatifs, techniques d'apprentissage accéléré et efficace, étude des conditions idéales de nutrition, de vêtement et d'habitat, telles sont les tâches essentielles.

Le Major *Turquet,* de l'Armée britannique, qui a pu faire bénéficier ses collègues français de son expérience au cours des travaux d'adaptation des méthodes britanniques, montra l'importance que prend l'estimation de la valeur individuelle. Mettre l'homme à sa place, c'est agir en même temps dans un sens qui lui est favorable, puisqu'on lui donne l'occasion de s'épanouir. D'où, à défaut de tests précis, l'importance de l'*entretien* psychologique. Une importance particulière doit être accordée à la *stabilité émotionnelle* concrétisée par l'adaptation du geste aux conjonctures de la vie quotidienne. Pour ce qui est de l'orientation elle-même des sujets examinés, l'essentiel est, au moins actuellement, de pouvoir différencier des groupes d'emplois plutôt que des emplois particuliers.

M. *Binois* exposa les conditions dans lesquelles a fonctionné la sélection des élèves-officiers dans les derniers mois de 1945. Messager du pouvoir,

organisateur de la vie matérielle et de l'activité de la troupe, instructeur technique et moral de cette dernière, l'officier doit au surplus faire face au combat, à ses responsabilités. Ces critères supposent, non seulement des aptitudes physiques et intellectuelles, mais encore une forte personnalité. Les aptitudes physiques se jugent moins par le bilan brut des données corporelles que par le mode d'utilisation par le sujet de ses possibilités. La notion du vouloir et de l'effort, donc du dynamisme, entre ainsi en ligne de compte. Pour l'intelligence, on demande au futur officier d'appartenir aux 30 0/0 supérieurs de la population. On se préoccupe moins à cet effet de l'analyse des fonctions que des facteurs généraux d'intelligence.

Quant à la personnalité, qui a donné lieu à des études particulières, elle est à étudier sous des aspects multiples liés à la diversité des situations. C'est en définitive par la façon dont le sujet s'acquitte de ces situations qu'elle s'appréciera le plus fidèlement. Seront recherchés à ce point de vue, en dehors de l'intelligence même de la situation, l'attitude du sujet à l'égard non seulement des choses militaires, mais aussi de la vie elle-même (degré de maturité, largeur de vues), son attitude envers le concret (la soupe du soldat, etc...), son comportement social (comment admet-il les autres ou est-il admis par les autres. Attitude au travail (persévérance, efficience), confiance en soi, dynamisme, stabilité émotionnelle (envisagée à la fois sous l'angle subpathologique et normal), santé et forme physique seront également explorées. La technique consiste à répartir les sujets par séries de huit et à les observer durant trois jours dans des conditions variées (tests, discussions en groupe, tâches en commun avec ou sans chef de groupe, exposés, épreuves et problèmes individuels, entretiens avec le Président de la Commission d'observation (Officier supérieur) et avec le psychiatre, lequel a diverses épreuves à sa disposition). Un psychologue, un officier examinateur, un testeur complètent la commission. Les notes sont données séparément par chacun des membres de cette dernière.

Pour terminer, l'auteur compara les résultats de l'observation psychotechnique et des épreuves de l'examen traditionnel. Il nota une certaine discordance. Par contre, il constata un parallélisme entre les résultats des tests et les jugements des instructeurs qui ont eu les jeunes gens en mains pendant un temps prolongé.

M. *Rennes* exposa les conditions d'orientation actuelle du contingent. Huit catégories sont déterminées : conducteurs spécialistes, transmission, manœuvres demi-spécialisés, secrétaires et magasiniers, combattants du rang (hautement, moyennement, peu ou non spécialisés), services généraux, manœuvres. Les examens de spécialistes sont pratiqués dès qu'il est nécessaire (en particulier examens psychiatriques).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Certificat d'examen médical avant mariage

Le certificat d'examen médical avant mariage, rendu obligatoire par l'article 5 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, doit être établi conformément au modèle suivant :

Je soussigné, docteur en médecine, ...
.... certifie avoir examiné en vue du mariage :

Mademoiselle .... (1)
Madame ....
Monsieur ....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° radioscopique effectué par le dispensaire public de ....
...................., ou radiographique, ou par le docteur ....
.... (2), médecin agréé à cet effet (1) ;

2° sérologique effectué par le laboratoire agréé de ....
.... (3),

et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations et des conséquences que peut avoir son état de santé sur lui-même, sur la santé de son conjoint ou sur la santé de ses descendants.

A ...., le ....

(*J.O.*, 28 avril 1946).

La lutte contre la poliomyélite en Belgique

La *Ligue nationale belge contre la poliomyélite*, présidée par le Dr Léon Laruelle, a constitué un Comité de presse pour soutenir une campagne destinée à doter la Belgique d'un organisme central, pourvu d'un personnel compétent et expérimenté de médecins et d'infirmières, et muni d'un équipement moderne pour le diagnostic rapide, l'isolement prophylactique et le traitement immédiat de cette redoutable affection.

ASSISTANCE

La Suisse au secours de l'enfance française

De 1940 à la fin de mars 1946, la Suisse a accueilli et réconforté 87.337 enfants (non compris les enfants réfugiés en Suisse). Dans ce nombre, figurent *61.913* enfants de France. A la date du 31 mars 1946, 3.031 enfants français se trouvaient encore dans des familles suisses ou des établissements de cure.

Beaucoup de ces enfants ont été accueillis dans des familles médicales. Ils y restaient en général pendant trois mois, traités par ces familles comme leurs propres enfants. Nombreux sont ceux qui, sans cette généreuse et affectueuse hospitalité, n'auraient pu survivre à tant de restrictions alimentaires et à tant d'émotions.

Qui pourrait l'oublier ?

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le nom du médecin.
(3) Indiquer le laboratoire.

THÉRAPEUTIQUE

Une super-pénicilline ou pénicilline X

Après exposition aux rayons ultra-violets d'une culture sélectionnée de pénicilline, M. Kermeth B. Raper et Mme Dorothy F. Alexander, du ministère de l'Agriculture des U.S.A., sont parvenus à isoler un bouillon bien ensemencé contenant pour moitié la pénicilline sous sa forme X désirée, alors que dans les autres bouillons on ne trouvait qu'un septième ou un cinquième de la pénicilline X. S'il n'est pas encore prouvé que cette mutation soit entièrement due à l'irradiation des bouillons, cela semble toutefois extrêmement probable.

Les expériences ont démontré l'importante activité de la pénicilline X, qui est deux ou trois fois celle de la pénicilline ordinaire.

Un nouveau vaccin contre les maladies à virus

Le professeur Ryjkof, chef de laboratoire à l'Institut de bactériologie de l'Académie des Sciences de l'U.R.S.S., a mis au point un vaccin contre l'encéphalo-myélite, la sclérose diffuse, la rougeole, la grippe, les aphtes, etc. D'après les travaux des professeurs Ryjkof, Margoulis, Soloviev, Chubladzé, l'injection de ce vaccin permettrait la guérison de l'encéphalo-myélite et une notable amélioration dans les cas de sclérose diffuse.

Ces travaux ont montré que les virus sont détruits dans des solutions de substances telles que le dinitrophénol. La jaunisse du ver à soie, considérée jusqu'à ce jour comme incurable, céderait à cette thérapeutique.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de médecine

M. le Dr Jean Delay, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, docteur ès lettres, est nommé *professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.*

UNIVERSITÉ DE LYON

Création d'une Ecole pratique de psychologie et de pédagogie

Un décret du 3 novembre 1945 institue auprès de l'Université de Lyon une *Ecole pratique de psychologie et de pédagogie* relevant, au point de vue scientifique, de la Faculté des Lettres.

Le but de cet établissement est :

1° d'étudier, de mettre en pratique et d'enseigner les méthodes de l'investigation psychologique en vue de leur application à la pédagogie ainsi que les méthodes de la pédagogie proprement dite, relatives aux diverses formes d'enseignement et aux diverses catégories d'élèves ou de pupilles ;

2° de former des cadres pour l'application des méthodes pédagogiques aux diverses catégories d'élèves ou de pupilles ;

3° d'organiser et de contrôler des écoles expérimentales où les dites méthodes seront mises à l'épreuve.

Sont admis à s'inscrire à l'école pratique de psychologie et de pédagogie comme élèves réguliers :

1° les membres de l'enseignement ;

2° les personnes en possession des titres nécessaires pour s'inscrire à la Faculté des lettres, c'est-à-dire titulaires du baccalauréat ou de diplômes jugés équivalents ;

3° les personnes justifiant des connaissances et des aptitudes nécessaires pour suivre avec fruit les enseignements de l'école, après avis du directeur.

Sont admises à l'école comme auditeurs libres des personnes autorisées par le directeur ; cette autorisation est révocable à tout instant.

Les études ont en principe une durée de deux années.

La première année est consacrée à des études d'un caractère général. Durant cette année, les élèves devront acquérir les notions et les connaissances fondamentales du domaine de la psychologie et de la pédagogie.

La seconde année est consacrée à des études spéciales et pratiques de psychologie et de pédagogie.

En outre, des sessions ou des stages de durée variable pourront être organisés pour la préparation pratique de personnels spécialisés d'enseignement ou de gardiennage, en accord avec les administrations ou services dont la représentation au conseil de perfectionnement est prévue.

L'école pratique de psychologie et de pédagogie délivre :

1° un diplôme général d'études psychologiques et pédagogiques ;

2° des certificats avec mentions spéciales correspondant aux diverses branches d'études ou aux divers stages pratiques.

La remise du diplôme général est subordonnée à :

a) l'acceptation d'un mémoire (travail personnel) sur un sujet de psychologie ou de pédagogie générale ou spéciale ;

b) la soutenance orale du mémoire écrit ;

c) un examen oral destiné à contrôler la culture psychologique et pédagogique du candidat.

Les certificats avec mentions spéciales portent sur les matières enseignées à l'école et sur les stages qui auront été accomplis.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Faculté de Médecine

La Faculté de médecine ayant, le 6 juin 1945, décidé la création d'une Chaire comportant à la fois l'enseignement de l'histoire de la médecine et l'enseignement de la médecine sociale, M. le Dr René SAND, promu au titre de professeur ordinaire, a été nommé *professeur d'histoire de la médecine et de médecine sociale.*

M. le professeur Fernand HÉGER, administrateur de l'Université, abandonnant la Chaire de médecine légale qu'il occupait avec tant d'éclat pour se consacrer à ses fonctions d'administrateur, conserve ses fonctions de *professeur de déontologie médicale.*

M. le Dr Maurice DE LAET a été nommé *professeur de médecine légale.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (1er trimestre) — Numéro d'ordre : **367**
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 73.136. — 1946
C.O.A.L. 31.2330.

